PERSÖNLICHKEITSPSYCHOLOGISCHE PROBLEME BEI JUGENDLICHEN SELBSTMORDVERSUCHERN

(Eine literaturkritische und differentiell-empirische Untersuchung zum Problem jugendlicher Selbsttötungsversuche in der heutigen Zeit)

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors
der Erziehungswissenschaften
an der
Universität in Dortmund

vorgelegt von

BERNARD HOBRÜCKER
aus Kiel

1982

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538101_0038

Persönlichkeitspsychologische Probleme bei jugendlichen Selbstmordversuchern.

(Eine literaturkritische und differentiell-empirische Untersuchung zum Problem jugendlicher Selbsttötungsversuche in der heutigen Zeit)

Dissertation
zur
Erlangung des Grades eines Doktors
der Erziehungswissenschaften
an der
Universität in Dortmund

vorgelegt von
Bernard Hobrücker
aus Kiel

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Referent: Prof.Dr.phil. Walter Piel, Universität Dortmund
Korreferent: Prof.Dr.rer.nat. Kurt Hauss, Universität Kiel

Tag der mündlichen Prüfung: 17.2.1982

Inhaltsverzeichnis

Seite:

Einleitung 1

I. Literaturkritischer Teil 4

I.1. Persönlichkeitsuntersuchungen an Jugendlichen nach Selbstmordversuchen 4

I.1.1. Begriffslogische Vorüberlegungen 4

I.1.2. Verallgemeinernde und klassenbildende Forschungsansätze 6

I.1.3. Verallgemeinernde Persönlichkeitsuntersuchungen 9

I.1.4. Bewertung 15

I.1.5. Exkurs: Probleme einer Diagnostik der Suizidalität 18

I.1.6. Klassenbildende Forschungsansätze bei Suizidhandlungen 22

I.1.7. Bewertung 27

I.2. Zusammenfassende Bewertung der gesichteten Literatur (Resumée zum literaturkritischen Teil) .. 29

II. Empirischer Teil 31

II.1. Spezielle Fragestellungen und Hypothesen 31

II.2. Beschreibung der Untersuchung 34

II.2.1. Vorstellung der Untersuchungsverfahren 34

II.2.1.1. Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale und der Problembelastung 34

II.2.1.2. Ermittlung der Symptomatik und der auslösenden Bedingungen für Suizidversuche 37

II.2.2. Stichprobenerhebung und Ablauf der Untersuchung. 41

II.2.3. Methoden der Datenverarbeitung 43

II.3. Darstellung der Ergebnisse 45

II.3.1. Beschreibung der Kriteriumsstichprobe 45

II.3.1.1. Symptomatologie und Diagnosen 45

II.3.1.2. Anlässe für Suizidhandlungen 49

II.3.1.3. Persönlichkeitsdaten 50

II.3.1.4. Daten aus dem "Problemfragebogen für Jugendliche" (PfJ) 53

Seite:

II.3.2. Persönlichkeitsmerkmale im 3-Gruppen-Vergleich..... 57

II.3.2.1. Parallelisierung der Stichproben..... 57

II.3.2.2. Varianzanalyse der Persönlichkeitsdaten..... 58

II.3.2.3. Paarweise Gruppenvergleiche..... 60

II.3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem verallgemeinernden Untersuchungsansatz (betreffend den Fragenkomplex A)..... 63

II.3.4. Clusteranalyse der Persönlichkeitsdaten..... 65

II.3.4.1. Personengruppierung der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen..... 65

II.3.4.2. Gemeinsame Clusteranalyse beider klinischer Stichproben..... 71

II.3.4.3. Clusteranalyse der FPI-Skalen..... 74

II.3.5. Personengruppierung, Problemdaten und Diagnosen..... 80

II.3.5.1. Problemdaten in den Personenclusters..... 80

II.3.5.2. Personenclusters und symptomatologische Klassifikation..... 83

II.3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem klassenbildenden Untersuchungsansatz (betreffend Fragenkomplex B und C)..... 86

III. Diskussion der Ergebnisse..... 88

III.1. Persönlichkeitsmerkmale von jugendlichen Selbstmordversuchern im Vergleich zu klinisch auffälligen und normalen Jugendlichen..... 88

III.2. Typenprofile der jugendlichen Selbstmordversucher..... 92

III.2.1. Personencluster A..... 92

III.2.2. Personencluster B..... 95

III.3.3. Personencluster C..... 96

III.2.4. Bewertung der taxonomischen Prozedur..... 99

III.3. Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen..... 103

IV. Kritische Anmerkungen..... 105

Zusammenfassung..... 107

Literaturverzeichnis..... 108

Anhang..... 116

Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist als ein Versuch anzusehen, dem therapeutischen Umgang mit Jugendlichen, die Suizidversuche (Parasuizide)[+)] unternommen haben, eine diagnostische Basis zu geben.
Damit sei festgelegt, daß diagnostische Untersuchungen an suizidalen Jugendlichen der Einleitung therapeutischer Maßnahmen zu dienen haben. Die Frage eventuell notwendiger präventiver Maßnahmen gegen suizidales Verhalten kann im Falle eines bereits durchgeführten Suizidversuches nur eine Frage nach der Integration einer solchen Maßnahme in ein größeres therapeutisches Konzept für den einzelnen Jugendlichen sein. So sehr also angesichts der ständig zunehmenden Zahl von Suizidversuchen gerade unter Jugendlichen die immer wieder gestellte Forderung nach einer generellen Suizidprophylaxe ihre Berechtigung hat, so muß doch betont werden, daß die Suche nach geeigneten Modellen zur B e h a n d l u n g der Jugendlichen, die in den meisten Fällen auch nach dem Suizidversuch noch weiter gefährdet sind, eine mindestens ebenso drängende Frage ist. SPERLINGs Äußerung von 1972 hat an Aktualität nicht verloren:"In dem sonst recht differenzierten Schrifttum über den Suizid fällt die Armut an psychotherapeutischen Überlegungen und praktischen Hinweisen auf." Hier liegt der Anstoß für das vorgestellte Untersuchungsprojekt: Persönlichkeitsbilder (im Sinne einer ganzheitlich zu interpretierenden Ansammlung von Kennwerten) der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen sollen Grundlage für die Entwicklung individuumsbezogener Behandlungskonzepte sein. Behandelt werden soll also - so die therapietheoretische Orientierung - die Persönlichkeit des jugendlichen Selbstmordversuchers als Ganzes; behandelt werden soll weniger die Verhaltensstörung "Selbstmordversuch".

+) Es wird in der neueren Literatur in Anlehnung an KREITMAN (1969,1980) der Begriff "Parasuizid" als Bezeichnung für einen Verhaltensbereich gewählt, bei welchem, formal gesehen, dem vollendeten Suizid entsprechende Verhaltensweisen gezeigt werden. In dieser Arbeit soll jedoch den traditionell verwendeten Begriffen "Suizidversuch" oder "Selbstmordversuch" aus Gründen besserer Verständigungsmöglichkeit der Vorzug gegeben werden, wobei aber die Unschärfe dieser Begriffe mit ihren impliziten Annahmen über innerpsychisches Geschehen des "Selbstmordversuchers" an dieser Stelle deutlich gemacht werden soll. Ebenso verhält es sich mit dem adjektivischen Terminus "suizidal", der auch an solcher Stelle Verwendung findet, wo eine Suizidhandlung bereits vollzogen wurde, und wo man dem Probanden aus eben diesem Grunde ein derartiges Verhalten probabilistisch unterstellt.

Wissenschaftstheoretisch gesehen (PIEL 1979) liegt in der Suizidforschung der Schwerpunkt zumeist auf dem p r o g n o s t i s c h e n Aspekt ("wahrscheinliche Vorwegnahmen singulärer Erscheinungen", PIEL ebd.), der also der Frage dient:"Ist der Proband in Gefahr, daß er sich suizidiert, und welches sind die erleichternden/erschwerenden Bedingungen ?" Demgegenüber soll hier der Schwerpunkt in der D i a g n o s e liegen ("Bestimmungen der konkreten Fakten und Bedingungen mit prognostischen Aussagen", PIEL ebd.), wobei die Frage:"Welche Persönlichkeit/Persönlichkeitsstörung liegt dem Verhalten zugrunde ?" die Suche nach therapeutischen Eingriffsmöglichkeiten erleichtern soll.

Bereits nach der Untersuchung weniger Probanden erschien das Phänomen "Selbstmordversuch" interindividuell, aber auch intraindividuell (in der Abgrenzung der Phasen des Entwickelns suizidaler Gedanken, des Planens der Suizidhandlung sowie der Ausführung) multifaktoriell determiniert, so daß es unter dem Aspekt der Therapiebezogenheit von vornherein notwendig erschien, suizidale Jugendliche unterschiedlichen Störungsklassen zuzuordnen.
Um diese Störungsklassen nun näher zu erfassen, wurden zwei Wege beschritten:

a) Eine Population (im Sinne einer anfallenden Stichprobe) von Jugendlichen nach Suizidversuchen sollte im Hinblick auf relevante Persönlichkeitsmerkmale mit einer Kontrollgruppe klinisch auffälliger Probanden sowie einer Normal-Kontrollgruppe verglichen werden.

b) Innerhalb der Gruppe der suizidalen Jugendlichen sollen die Möglichkeiten einer Untergruppenbildung untersucht werden, wobei anhand von Persönlichkeitsprofilen statistisch voneinander unterscheidbare Probandengruppen als empirisch ermittelte Typen von jugendlichen Selbstmordversuchern zu finden wären.

Kernpunkt dieser Arbeit sei also die Untersuchung von Persönlichkeitseigenschaften an einer Stichprobe, deren Selektionskriterium ein Selbstmordversuch (Parasuizid) ist. Unter dieser Schwerpunktbildung ist auch der Aufbau der Arbeit zu sehen:

Im literaturkritischen Teil sollen bisherige Untersuchungen an Probanden mit Selbstmordversuchen referiert und diskutiert werden, wobei thematisch eine Beschränkung auf Untersuchungen mit Persönlichkeitsfragebogen sowie typologische Ansätze erfolgt. Im literaturkritischen wie im empirischen

Teil wird bewußt auf eine Untersuchung epidemischer oder ideologisch motivierter Suizidhandlungen verzichtet, ebenso auf solche eindeutig psychotischer Genese. Am Ende des literaturkritischen Teils sollen die speziellen Fragestellungen und Hypothesen für die empirische Untersuchung entwickelt werden.
Im empirischen Teil werden die Untersuchungsstichproben (Kriteriumsstichprobe, klinische Kontrollgruppe und Normal-Kontrollgruppe), die Meßverfahren und die Methoden der statistischen Analyse vorgestellt, anschließend erfolgt die Darstellung der Resultate. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse soll vor allem der Frage der Relevanz dieser Untersuchung für die Behandlung der suizidalen Jugendlichen beleuchten.

Die hier referierte Arbeit ist zu sehen als wesentlicher Bestandteil eines größeren Forschungsprojektes zur Behandlung von Störungen, die im Umfeld der Depression und der Suizidhandlung bei Kindern und Jugendlichen angesiedelt sind. Bisherige Arbeiten betrafen vor allem syndromtypische Besonderheiten in der Behandlung depressiver Jugendlicher (HOBRÜCKER 1979), den erzieherischen Umgang mit depressiven Verhaltensweisen in stationärer Behandlung (HOBRÜCKER und KALBERLAH 1980), einen theoretischen Erklärungsversuch zur Suizidalität im Jugendalter mit Hilfe der sozialpsychologischen Einstellungsforschung (HOBRÜCKER 1980), Untersuchungen zur Motivation suizidaler Jugendlicher (SCHMITZ 1980) sowie die Analyse der Problembelastung und Problemstruktur jugendlicher Mädchen mit Suizidversuchen (HOBRÜCKER,RAMBOW und SCHMITZ 1980).

I. Literaturkritischer Teil

I.1. Persönlichkeitsuntersuchungen an Jugendlichen nach Selbstmordversuchen

I.1.1. Begriffslogische Vorüberlegungen

Da diese Arbeit in wesentlichen Aussagebereichen von Persönlichkeitseigenschaften in bestimmten Populationen handelt, sollen dem literaturkritischen Teil einige begriffslogische Überlegungen zur Definition und Verwendung des Eigenschaftsbegriffes vorangestellt werden.

Nach DORSCH (1963) ist eine Eigenschaft "der jedes Objekt zu einem 'Eigenen' bestimmende und seiner Seinsweise zugehörende, aus ihm jedoch nur wieder durch Abstraktion ablösbare Bestandteil, der erkenn- und darstellbar wird an jeweils bestimmten, untereinander verschiedenen, strukturierten Merkmalsbesonderheiten".

Diese "Realdefinition" (PIEL 1977) kennzeichnet Eigenschaft nach ihrem "genus proximum" (bei DORSCH:"Bestandteil") und ihrer "differentia specifica" (bei DORSCH: "Merkmalsbesonderheiten") als etwas nicht direkt Beobachtbares, sondern etwas Zugrundeliegendes, das erschlossen werden muß.

DORSCHs Definition ist auch dazu angetan, die Ersetzung des Begriffs "Eigenschaft" durch den Begriff "Gestaltqualität" zu legitimieren, wie von gestaltpsychologischer Seite ganz oder überwiegend praktiziert: Eigenschaften als Objekt-Bestandteile sind übersummenhaft, ihre "Elemente" sind die DORSCHschen "Merkmalsbesonderheiten". Eigenschaften sind demnach nicht allein durch A u f z ä h l u n g ihrer Elemente hinreichend erkenn- und darstellbar; ihnen wohnt eine S t r u k t u r der Merkmalsbesonderheiten inne. Insofern haben Eigenschaften als Gestalten selbst wieder Gestaltqualität, womit die "Doppelbedeutung des Gestaltbegriffs" (GUSS 1977) deutlich wird.

Die Persönlichkeit selbst nun als das "Ganze aller unmittelbar oder mittelbar in Erscheinung tretenden psychischen Vorgänge und Eigenschaften eines Menschen" (DORSCH ebd) ist somit nur hinlänglich zu beschreiben, indem die einzeln erfaßten Eigenschaften interpretativ in einem

G e f ü g e (METZGER 1975) gesehen werden. Für diese Sichtweise liefern die nach der klassischen Testtheorie gestellten Persönlichkeitsfragebogen keine Anweisung, wenn auch implizite in den Handanweisungen die Notwendigkeit einer das Eigenschaftsgefüge erfassenden Interpretation durchweg anerkannt, zeitweise betont wird. Es bleibt jedoch letztlich den subjektiven Fähigkeiten des einzelnen Empirikers oder Diagnostikers überlassen, inwieweit Diagnostik als Gestalterfassung praktiziert wird.

Die hier aufgezeigte Unumgänglichkeit einer ganzheitlichen Betrachtung persönlichkeitspsychologischer Konstrukte(und die Vorteile der Berücksichtigung von gestaltpsychologischen Ergebnissen hierbei)ist nicht einengend im Sinne einer methodologischen oder theoretischen Beschränkung zu verstehen. Vielmehr geht es um die "von jeder modernen Wissenschaftstheorie zu fordernde verantwortliche Mitkontrolle des je einzelwissenschaftlichen Forschungsbetriebes im Hinblick auf seine Auswirkungen" (PIEL 1979); im Falle dieser Untersuchung um die Mitkontrolle der theoriearmen (bzw. teilweise behavioristisch fundierten) Persönlichkeitsdiagnostik und die ihr inhärente "atomistische" Sichtweise (METZGER 1975): Die in Einzelfaktoren zerlegte Persönlichkeit kann in ihren Eigenschaften nur erfaßt werden, wenn die jeweilige Eigenschaft im Gesamtzusammenhang gesehen wird.

> METZGER (1975) äußert in diesem Zusammenhang:"Die zerlegende Analyse der Atomisten untersuchte das Einzelne unter Vernachlässigung des Ganzen. R e c h t e ganzheitliche Betrachtung aber kehrt nicht einfach diesen Fehler um und untersucht nun das Ganze unter Vernachlässigung des Einzelnen. Sie untersucht auch das Einzelne so sorgfältig wie der Atomist, aber ohne, wie dieser, seinen Platz in dem Ganzen, und damit das Ganze selbst, aus den Augen zu verlieren."

Auch wissenschaftstheoretisch ist mit der Berücksichtigung der gestaltpsychologischen Position kein Ausschließlichkeitsanspruch verbunden, denn:"Die Wissenschaften verstehen sich vielmehr heute zunehmend als multidimensionale Aspekte der Wirklichkeitserkenntnis, wobei ein- und dasselbe Datum nicht mehr allein durch die ihm autochthon zugehörige Disziplin, sondern in seinen unterschiedlichen Strukturen mehrdeutend

angegangen wird" (PIEL 1979). Die Bedeutung der gestalttheoretischen Position für eine Untersuchung wie diese liegt insbesondere in der Vermeidung der Interpretation von Einzelbefunden, wie sie etwa in der Konzentration auf eine singuläre, statistisch herausragende Persönlichkeitseigenschaft in einer Stichprobe von Merkmalsträgern gegeben ist. Die Sinnlosigkeit einer isolierten Vorgehensweise in der Interpretation von Einzelbefunden sollte klar herausgestellt werden.

I.1.2. Verallgemeinernde und klassenbildende Forschungsstrategien

In der Fachliteratur über Selbstmordversuche finden sich oftmals globale Persönlichkeitsbeschreibungen, wie sie in psychiatrischen Befunderhebungen etwa im Sinne von "psychopathologischen Konstellationen" (DÖHRSSEN 1967) zur näheren Charakterisierung der suizidalen Problematik erwähnt werden. Beispiele für Persönlichkeitsbeschreibungen dieser Art sind Attribute wie z.B. "brav, gehemmt", "hysterisch, aggressiv", "typischer Vorzugsschüler", "ängstlich, unsicher" usw., wie es in einer Untersuchung von RINGEL, SPIEL und STEPAN (1955) zu finden ist.
Im Zusammenhang mit anamnestischen und Symptomdaten bilden diese Beschreibungen die charakterologische Grundlage der psychiatrischen Diagnose. Sie dienen im idiographischen Sinne "dem Entwurf eines individuellen Charakterbildes" (GRAUMANN 1960).

Demgegenüber soll im literaturkritischen Teil dieser Arbeit - entsprechend dem empirischen Vorgehen im zweiten Teil - eine Beschränkung auf nomothetisch verstandene Persönlichkeitsuntersuchungen und Typologien erfolgen:Unter methodologischem Aspekt sollen Eigenschaften als individuelle Ausprägungen empirisch ermittelter Persönlichkeitsvariablen verstanden werden.

Hier begegnen wir zwei Forschungsstrategien, die ich als "verallgemeinernd versus klassenbildend" beschreiben möchte:
In der verallgemeinernden Forschungsstrategie wird das Ziel verfolgt, allgemein gültige Aussagen über eine Probandenpopulation zu gewinnen. Diese Population wird durch ein allen Probanden gemeinsames Merkmal (in unserem Fall: Suizidversuch) definiert, und es wird der Versuch

gemacht, die Eigentümlichkeiten der Merkmalsträger in Form von Stichprobenparametern zu gewinnen. Die verallgemeinernde Forschungsstrategie basiert auf der Vorausannahme einer größeren Homogenität von Merkmalsausprägungen innerhalb der Kriteriumsstichprobe im Vergleich zu einer fiktiven Gesamtpopulation. Gefragt wird hier:Wie sieht der typische suizidale Proband aus, und wodurch unterscheidet er sich von anderen Probanden ?

Den verallgemeinernden Forschungsstrategien entspricht das Vorgehen in der allgemeinpsychologischen Forschung: DORSCH (1963) versteht unter allgemeiner Psychologie die "grundlegende Disziplin der Psychologie, deren Gegenstand das seelische Geschehen in seiner durchschnittlichen Erscheinungsform beim normalen erwachsenen Menschen ist. Von individuellen Besonderheiten wird abgesehen; diese sind Gegenstand der differentiellen Psychologie bzw. der Persönlichkeitskunde" (DORSCH ebd., Hervorhebung von mir).

Verallgemeinernd seien aber auch solche Forschungsstrategien genannt, in denen a priori Klassenbildungen innerhalb einer Stichprobe mit Hilfe eines Außenkriteriums vorgenommen werden, die somit keine Suche nach Typen beinhaltet.Wenn also z.B. von vornherein Probanden einer Stichprobe von Suizidversuchern anhand der "Ernsthaftigkeit der suizidalen Handlung" unterteilt werden, bezieht sich die Homogenitätsannahme auf Teilstichproben;der Forschungsansatz ist auch hier allgemeinpsychologisch bzw. verallgemeinernd.

Demgegenüber verzichtet die klassenbildende Forschungsstrategie auf eine a priori festgelegte Homogenitätsannahme und hat die Ermittlung homogener Teilstichproben zum Ziel. Wenn auch nicht eine ausgesprochene Inhomogenität innerhalb der Kriteriumsstichprobe vorausgesetzt wird, so wird doch vom heuristischen Vorgehen her die Suche nach generellen, die gesamte Kriteriumspopulation kennzeichnenden Merkmalen als weniger lohnend angesehen. Gefragt wird also hier: Welche Typen suizidaler Probanden gibt es, und wodurch unterscheiden sich diese Typen voneinander ?

Demzufolge könnte man bei der klassenbildenden Forschungsstrategie auch von typenanalytischen oder taxonomischen Ansätzen (BAUMANN 1971) sprechen. Beide Begriffe aber enthalten ihre Problematik:"Typenanalysen" beinhalten in der Biostatistik zwar die Suche nach Typen; die wörtliche Bedeutung dieses Begriffs aber ist mehr in Richtung auf Analyse bereits vorhandener Typen mißzuverstehen.

> Der Begriff der Taxonomie dagegen beinhaltet "die Erörterung der theoretischen Grundlagen (einer Gruppierung) und die praktische Durchführung der Gruppierung von Elementen" (BAUMANN 1971);
> Der Begriff trennt somit nicht zwischen zwei unterscheidbaren wissenschaftlichen Vorgehensweisen.

Es soll daher in dieser Arbeit in Anlehnung an SOKAL und SNEATH (1963, zit. nach BAUMANN 1971) von Klassifikation oder Klassenbildung (in Kontrast zum verallgemeinernden Vorgehen) gesprochen werden. Mathematisch-statistische Verfahren zur empirischen Klassifikation werden im folgenden "gruppierend" oder "taxometrisch" (ROLLETT und BARTRAM 1976) genannt werden.

I.1.3. Verallgemeinernde Persönlichkeitsuntersuchungen

In den USA wurden in den 60iger Jahren einige Untersuchungen an Probanden mit Suizidhandlungen mit Hilfe des MMPI vorgenommen: DEVRIES und SHNEIDMANN (1967) bewerteten bis dato durchgeführte Studien: Es sei aufgrund der (mit unterschiedlichen Skalenzusammenstellungen erzielten) Ergebnisse durchaus denkbar, daß suizidales Verhalten sich im MMPI-Profil niederschlage; es sei jedoch nicht festzulegen, welches die signifikanten Charakteristiken derartiger Profile seien.

DEVRIES und SHNEIDMAN versuchten in einer Zeitreihenanalyse zu eruieren, ob sich an einer Stichprobe von 5 Patienten bei zwölfmaliger Messung im Abstand von einem Monat Profilveränderungen im Zusammenhang mit gesteigerter Suizidgefährdung aufzeigen, wobei die Suizidgefahr in einer Selbstbeurteilung der Patienten ermittelt wurde. Das Ergebnis ließ keine Zusammenhänge zwischen der Veränderung von Suizidalität und Veränderung von MMPI-Profilen erkennen. Eine Bewertung dieser Ergebnisse kann nicht ohne eine Kritik der Grundlagen der Untersuchung erfolgen: Auch in einer Zeitreihenanalyse ist bei der intendierten Aussage ein N von 5 absolut mangelhaft. Daneben ist "Messung" der Suizidgefährdung durch Selbsteinschätzung der Patienten von nur zweifelhafter Reliabilität oder Validität.

Diese Untersuchung war eingegliedert in ein Forschungsprojekt zur Erkennung der Suizidalität auf der Basis von MMPI-Daten. In diesem Zusammenhang prüfte DEVREIS (1966, sowie zusammen mit FARBEROW, 1967) Möglichkeiten einer MMPI-Itemanalyse in der Bestimmung der Suizidalität. Verglichen wurden in zwei Studien (85 bzw. 119)suizidale mit (32 bzw. 48) nicht suizidalen Psychiatrie-Patienten. Die "suizidalen Patienten" bestanden aus (I) Patienten, die in der Folgezeit der Untersuchung (0 bis 6 Monate) einen Suizid vollendeten, (II) Patienten, die wegen eines Suizidversuchs in Behandlung kamen sowie (III) Patienten, die aufgrund von Suizid-Drohungen einer Behandlung zugeführt wurden. Die Ergebnisse zeigten, daß eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Suizidalen aufgrund der Itemanalyse nicht möglich erschien, daß sich jedoch die gesamte Stichprobe der Suizidalen in den Item-Werten deutlich von der klinischen Kontrollgruppe unterschied. Besonders auffällig im Vergleich zur klinischen Kontrollgruppe und zu den Stichproben I und II waren die Profile der Probanden mit Suiziddrohungen (III).
Der Stellenwert dieser Untersuchung dürfte darin zu sehen sein, daß in der Kriteriumsstichprobe Probanden anzutreffen sind, die in der Folgezeit

Suizide vollendeten, was in der empirischen Forschung sehr selten anzutreffen ist. Unter Berücksichtigung der (nicht genannten) Ausgangshypothese ("die Stichproben I,II und III entstammen verschiedenen Grundgesamtheiten") ist meines Erachtens das kaum Erwähnung findende Resultat von besonderem Interesse, daß Suizidversucher und Selbstmörder hinsichtlich der Persönlichkeitseigenschaften offensichtlich nicht verschiedenen Grundgesamtheiten entstammen. Die Vernachlässigung dieses beachtenswerten Ergebnisses scheint darauf zu beruhen, daß die Intention der Autoren nicht zum Ziel gelangte: Beabsichtigt war die Vorhersage suizidalen Verhaltens mit Hilfe von MMPI-Ergebnissen. Die Problematik eines solchen Vorhabens wird unten zusammenfassend diskutiert (s.I.1.5.).

In ähnlicher Weise wie DEVRIES et al. nahmen MARKS und HALLER (1977) eine Stichprobenaufteilung a priori vor: In einer ausführlichen Studie über 98 Jugendliche (67 Mädchen und 31 Jungen zwischen 12 und 18 Jahren) mit Suizidhandlungen wurden die Ratings der behandelnden Therapeuten, Q-Sort-Daten sowie MMPI-Daten erhoben und verglichen mit über 700 Jugendlichen, die auf andere Art psychisch auffällig waren. Die Ergebnisse der Datenerhebung werden jedoch sehr unvollständig referiert(insbesondere werden die MMPI-Daten überhaupt nicht erwähnt, lediglich in die Interpretation mit einbezogen), sodaß nur die Interpretation der Autoren hier Erwähnung finden soll: MARKS und HALLER kommen zu dem Schluß, daß geschlechtsspezifische Unterschiede bei suizidalen Probanden von erheblicher Bedeutung seien. Wenn auch jugendliche Suizidale typischerweise stationäre Patienten seien, in ihrer Gestimmtheit traurig und depressiv, suizidale Gedanken hätten und äußerten, auf Frustrationen eher intropunitiv reagierten und sich selbst als emotional beschrieben, so unterschieden sich Jungen der Stichprobe von den Mädchen folgendermaßen: Suizidale Jungen seien impulsiv, sorgenvoll und argwöhnisch, perfektionistisch und manchmal körperbehindert, manchmal seien sie Fortläufer. Sie neigten zu psychosomatischen Beschwerden. Mädchen nach Selbstmordversuchen dagegen seien im Vergleich zu anderen klinisch auffälligen Mädchen besonders weinerlich und hätten sexuelle Probleme. Sie hätten Gefühle der Hoffnungslosigkeit, seien "typischerweise" nicht ängstlich oder phobisch, zeigten keine "hysteroiden" Eigenschaften und seien "ein wenig depressiv".

Die Darstellung dieser Untersuchung läßt den Schluß zu, daß die Interviewdaten der Psychotherapeuten sowohl von der Variablenzahl her, als auch von der persönlichen Gewichtung der Autoren her die wesentlichen Basisdaten für die Interpretation lieferten, daß dagegen die zuverlässiger erhobenen Persönlichkeitsdaten nur wenig interpretative Beachtung fanden. Vor allem im Hinblick auf Geschlechtsunterschiede der Probanden wäre in diesen persönlichen Beurteilungen der Psychotherapeuten ein wesentlicher Grund für die Einmaligkeit dieses Befundes gegeben (worauf die Autoren selbst hinweisen): Hinsichtlich der Gütekriterien der verwendeten Verfahren haben die Autoren in der Auswertung ihrer Studie den "weicheren" Daten (Interview der Psychotherapeuten, Q-Sort) den Vorzug gegenüber "härteren" Daten (MMPI) gegeben und auf diese Weise prägnantere, aber wenig zuverlässige Ergebnisse erzielt.

Eine Probanden-Klassifikation anhand der Ernsthaftigkeit des Suizidversuches (durch Experten-Rating operationalisiert) nehmen PALLIS und BIRTCHNELL (1977) in einer sorgfältig angelegten Studie mit dem MMPI vor. Hier zeigen sich die (altersbezogen nicht ausgelesenen) "nicht ernsthaften" Suizidanten (und hier wiederum insbesondere die Männer) als am meisten auffällig in den Persönlichkeitsprofilen, verglichen mit "ernsthaften" Suizidversuchern und klinisch auffälligen Kontrollprobanden ohne Suizidversuche. Die Autoren interpretieren dies dahingehend, daß Männer eine höhere Persönlichkeits-Hemmschwelle zu überwinden haben, um weniger ernste Suizidhandlungen zu verüben. Außerdem seien die "nicht ernsthaften" suizidalen Probanden mehr extrapunitiv und impulsiv als die "ernsthaften" suizidalen Probanden, die zudem depressiver und mehr introspektiv seien. Eine Signifikanzprüfung der drei Stichproben über die 13 Skalen hatte zum Ergebnis, daß in keinem Falle die Unterschiede zwischen den "ernsthaften" Probanden und der klinischen Kontrollgruppe signifikant waren.
Die Autoren schlußfolgern, es sei mit ihrer Untersuchung wenig dazu beigetragen, um "die suizidale Persönlichkeit" diagnostisch identifizieren zu können.

> Während bei MARKS und HALLER die Vermutung ausgesprochen wird, die Probanden mit Suizid-Drohungen hätten eine besondere Affinität zu besonders gefährlichen Suizidhandlungen, zeigt sich bei einem Vergleich der beiden Studien, daß bei den mit Suizid drohenden Probanden eher Ähnlichkeiten mit geringgradig ernsthaften Suizidhandlungen zu erwarten sind;

dies allerdings unter der Voraussetzung, daß ein solcher Schluß nicht die "externe Validität" (CAMPBELL und STANLEY 1966) derartiger Untersuchungen im Sinne einer Verallgemeinerungsmöglichkeit auf alle suizidalen Probanden überstrapaziert.

1973 verglichen WOLFE und COTLER drei Studentengruppen à 81 Probanden (Suizidversucher, klinisch auffällige Probanden und normale Probanden) miteinander. Abhängige Variable waren hier Selbstbeurteilungen in den vier Persönlichkeitsbereichen "Depression", "somatische Beschwerden", "interpersonelle Vermeidungstendenz" und "interpersonelle Ängstlichkeit" mit Hilfe einer Problem-Beurteilungsskala. Während eine Varianzanalyse zum Ergebnis hatte, daß die Gruppen verschiedenen Grundgesamtheiten entstammen (wobei die Kriteriumsstichprobe die extremsten Variablen-Ausprägungen zeigte), zeigte der paarweise durchgeführte t-Test, daß die Varianzunterschiede vor allem zwischen den beiden klinischen Stichproben und der Normal-Kontrollgruppe bestehen, daß dagegen in keinem der vier Persönlichkeitsbereiche signifikante Differenzen zwischen der Kriteriumsstichprobe der Probanden mit Suizidhandlungen und der klinischen Kontrollgruppe bestanden. Hier findet sich eine Ähnlichkeit der Ergebnisse mit dem Vergleich der "ernsthaften" Suizidanten und der klinischen Kontrollgruppe in der Studie von PALLIS und BIRTCHNELL. Die Bedeutung der Untersuchung von WOLFE und COTLER wird allerdings eingeschränkt durch fehlende Information über Gütekriterien des bis dahin unbekannten Meßverfahrens.

Eine Persönlichkeitsuntersuchung an Personen mit Suizidhandlungen im deutschen Sprachraum findet sich bei SONNECK, GRÜNBERGER und RINGEL (1976). Ziel der Autoren ist es, mit Hilfe von Persönlichkeitsuntersuchungen das Suizidrisiko depressiver Patienten zu ermitteln.

Hierzu wurden drei Gruppen gebildet: (I) 26 depressive Patienten, die keinerlei suizidale Ideen entwickelten, (II) 24 depressive Patienten mit suizidalen Tendenzen sowie (III) 24 Patienten, die nach der Durchführung von Suizidhandlungen zur Behandlung anstanden (unabhängig von der diagnostischen Spezifizierung !). Die Untersuchungsprozedur bestand in einem halbstandardisierten Interview, einer Suizid-Risiko-Liste (PÖLDINGER 1968) sowie 5 Persönlichkeitsfragebogen, deren umfassendster in dieser Testbatterie das "Freiburger Persönlichkeits-Inventar" (FAHRENBERG,SELG und HAMPEL 1978) ist.
Neben der Ermittlung demographischer Daten und der Erfragung von "stress"-Variablen wurden die Selbstmordversuche in Anlehnung an

STENGEL (1969, zit. nach SONNECK et al.1976) in "leichte", "mittelschwere" und "schwere" unterteilt. Demzufolge hatten die meisten Probanden der Stichprobe III leichte und mittelschwere Suizidhandlungen unternommen.

Leider wird in der Darstellung der Ergebnisse auf die Mitteilung gerade der FPI-Stichprobenparameter verzichtet. (Schon hierdurch erscheint der Titel der Veröffentlichung, demzufolge es sich um "experimental contributions" zum Suizidrisiko handelt, überzogen: Die Ergebnisse sind weder genau erfaßbar, noch exakt nachvollziehbar oder gar wiederholbar.)
Aus den graphischen Darstellungen der FPI-Profile darf bei aller Vorsicht der folgende Schluß gezogen werden:
Die Gruppe der Patienten mit Suizidhandlungen (Stichprobe III) zeigt im Vergleich zu den Stichproben der depressiven Patienten die geringsten Abweichungen vom jeweiligen Mittelwert der Eichstichprobe des Fragebogens. Die depressiven Patienten dagegen sind deutlicher psychosomatisch beeinträchtigt, introvertierter, gehemmter und in ihren Selbstschilderungen weniger maskulin. Die Schlußfolgerung der Autoren lautet daher sehr verallgemeinernd: Der durchschnittliche Mensch mit Selbstmordversuchen (als stationärer Patient) sei offen, extravertiert, sozial zugewandt und halte sich für ziemlich deprimiert; er habe darüber hinaus seine Suizidhandlung als Konfliktlösungsstrategie eingesetzt. Hingegen zeigten die referierten Statistiken aus übrigen Fragebögen, so z.B. dem "EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar" (EGGERT 1974), daß sich in der Stichprobe der suizidalen Probanden unter den Aspekten der Extraversion und der emotionalen Labilität die höchsten Varianzwerte finden.

Anhand ihrer Ergebnisse erklären die Autoren die Gruppe der depressiven Patienten mit suizidalen Ideen zu der Gruppe der am meisten gestörten Probanden. Die Kombination der Testwerte würde auf ein Syndrom hindeuten, dem die Autoren die Bezeichnung "vitale Instabilität" geben.

Die Persönlichkeitsuntersuchung von SONNECK,GRÜNBERGER und RINGEL zum Thema "Suizidversuch und Depression" zeigt deutlich die Schwierigkeiten auf, die bei dem Versuch auftreten, Probanden mit Suizidhandlungen als relativ homogene Gruppe zu behandeln und über diese Gruppe Aussagen machen zu wollen. Gerade wenn man über die Suizidgefährdung depressiver Patienten

näheren Aufschluß bekommen will, ist in einer Persönlichkeitsuntersuchung darauf zu achten, daß eine vorgenommene Klassifikation in der Stichprobenauswahl über alle Stichproben beibehalten wird. "Generalizing depends upon adequate sampling" (PLUTCHIK 1968, S.66). Dies zu befolgen würde bedeuten: Man vergleiche (die Stichproben) Depressiver ohne suizidale Ideen (I), Depressive mit suizidalen Ideen (II) und Depressive nach Suizidhandlungen (III).

Neben der unzureichenden Darstellung der Statistiken in dieser Untersuchung ist in der Arbeit von SONNECK et al. vor allem die Interpretation der Ergebnisse a) im Hinblick auf eine Fehlinterpretation von Meßwerten (Beispiel: FPI-Skala 3 :"Depression" statt "Depressivität"), b) im Hinblick auf eventuelle Motivstrukturen der Patienten, resultierend aus Persönlichkeitsdaten, zu bemängeln.

I.1.4. Bewertung

Verallgemeinernde Persönlichkeitsuntersuchungen haben allgemein zum Ziel, den "durchschnittlichen Probanden nach Suizidhandlung" im Sinne eines Komplexes von Merkmalausprägungen zu entdecken. Es wird somit nach einem einheitlichen Typus gefahndet. In dieser Forschungsstrategie ist bereits impliziert, daß es nicht mehrere Typen zu geben hat, daß vielmehr "die suizidale Persönlichkeit" gesucht wird, es sei denn, sie wäre vom Experimentator von vornherein anhand bestimmter Gesichtspunkte wie z.B. der Ernsthaftigkeit der Handlung o.ä. klassifiziert. Dies ändert aber nichts an der Forschungsstrategie: Gesucht wird auch unter diesen Vorannahmen zunächst nach allgemeingültigen, populationsbezogenen Aussagen, wobei lediglich die Population verkleinert wurde. Das erklärte Ziel derartiger Untersuchungen ist es oftmals, aus den ermittelten Merkmalskomplexen Hinweise zu gewinnen, wie man Suizide durch Früherkennung der "suizidalen Persönlichkeit" verhindern kann (s.u.).
Die dieser Vorgehensweise inhärenten Schwierigkeiten sind vor allem methodologischer Natur, und zwar in differentialpsychologischer und experimentalpsychologischer Hinsicht:

a) Differentialpsychologisch ist vor allem das Konstrukt "Suizidalität" in seinen vielfältigen Aspekten nur unscharf einzugrenzen. Es handelt sich um eine temporäre Gefährdung eines Menschen, die ihn (bewußt oder unbewußt ?) zur autoaggressiven Handlung führen kann, wobei über Situationsabhängigkeit und zeitliche Ausdehnung der "Suizidalität" kaum Aussagen zu treffen sind, da keine Einigung darüber zu erzielen ist, welche Verhaltens- und Erlebenselemente diesen Begriff kennzeichnen.
Leichter zu bestimmen ist, was mit "Suizidalität" n i c h t gemeint sein kann: Eine Persönlichkeitseigenschaft im wissenschaftlichen Sinne. Weder erfüllt Suizidalität die Kriterien eines persönlichkeitspsychologischen "abstractums", bestehend aus "längsschnittlicher Häufung" und "querschnittlicher Syndromatik" (GRAUMANN 1960), noch ist Suizidalität idiographisch im Sinne eines "illatums", nämlich als hypothetisches Konstrukt, zu verstehen. Letzteres nämlich müßte sich als Schluß von der Beobachtung mehrerer Merkmale auf eine latente Struktur verstehbar ableiten und somit zur Klärung von Zusammenhängen "als Ausdruck des Zugrundeliegenden" (GRAUMANN ebd.) darstellen lassen.

Unter nomothetischen Gesichtspunkten müßte Suizidalität als eine vorübergehende Verhaltensbereitschaft gesehen werden, die sich in verschiedenen,äußerlich erkennbaren Reaktionsformen zeigen kann. Im hierarchischen Persönlichkeitsmodell EYSENCKs z.B. könnte man vielleicht von einem "habit" sprechen, keinesfalls von einem "trait", eher von mehreren "specific responses", unter denen der Suizidversuch einen singulären specific response darstellt.

Unter diesem Gesichtspunkt stellt der verallgemeinernde Forschungsansatz den Versuch dar, anhand einiger - nicht kontrollierbarer - spezifischer Verhaltensweisen (Selbstmordversuch) einen Typus kreieren zu wollen, indem man sich auf die Suche nach Korrelationen zwischen dem specific response "Selbstmordversuch" einerseits und "traits" andererseits begibt. Hierbei müßte man zudem noch von der Annahme ausgehen, die gefundenen Korrelationen seien einzigartig kennzeichnend, so daß andere Merkmalsträger als suizidale Probanden nicht auf diese Weise beschrieben werden.

Unabhängig vom gewählten Persönlichkeitsmodell erscheint es vom nomothetischen Aspekt her wenig erfolgversprechend, zeitlich begrenzte Verhaltensauffälligkeiten (und seien sie noch so eklatant, lebensbedrohend oder zeitweise erlebensbestimmend) als Grundlage für eindeutige Zuweisungen zu einem Typus zu wählen: Der Typus erfordert überdauernde Eigenschaften. "Eine derartige Konstanz weisen aber niemals die Erlebnisse, momentane Verhaltensweisen und Leistungsvollzüge auf, sondern immer nur Dispositionen zu solchen Vorgängen. Insofern sind Typen immer Komplexe von dispositionellen Merkmalen...." (STRUNZ 1960).

b) Unter experimentalpsychologischem Aspekt ist zu berücksichtigen, daß es sich bei Persönlichkeitsuntersuchungen an Probanden mit Selbstmordversuchen um sog. ex-post-facto-Studien handelt, wie sie häufig in der klinisch-psychologischen Forschung als einzig mögliche Forschungsansätze zu finden sind. In einem gewöhnlichen experimentalpsychologischen Versuchsplan wird ein Stichprobenvergleich zur Überprüfung von Auswirkungen eines Ursachenfaktors (UV) auf eine abhängige Variable (AV) vorgenommen, wobei die statistischen Prüfungen uns zeigen, wie "real" (im probabilistischen Sinne) diese Differenz (und somit die Festlegung der Verursachung) ist.

Der "retrospektive" Versuchsplan dagegen geht davon aus, daß zwischen den Stichproben reale Differenzen bestehen: Zum Beispiel Persönlichkeitsmerkmale suizidaler Probanden im Vergleich zu Persönlichkeitsmerkmalen anderer Probanden. Das Problem besteht darin:"to justify the idea that some situation (or variable) in the past life of these individuals or some personality characteristic has caused this present difference" (PLUTCHIK 1968).

Die Schwierigkeiten einer ex-post-facto-Studie sind methodisch vor allem in der Klärung der Ursache-Wirkungs-Verhältnisse sowie in der Variablenkontrolle zu sehen: Die Anlage der Untersuchung begünstigt oder erfordert eine "rückwärts gewandte Argumentation", nämlich vom Effekt auf die Ursache. Daher ist - so PLUTCHIK - selbst unter optimalen Untersuchungsbedingungen immer zu vergegenwärtigen, daß eine Vielzahl möglicher Einflüsse unkontrolliert bleiben muß.

Die Erkundung suizidaler Phänomene weist hier zusätzliche Probleme auf: Es ist nicht nur die Ursache im Sinne der UV (Motive, situative Reize, "suizidale Persönlichkeit") einer experimentellen Kontrolle unzugänglich; auch der "Effekt" im Sinne der AV, nämlich die Suizidhandlung+), entzieht sich jeder Kontrolle:
Gemessen wird im Falle der Untersuchung suizidaler Phänomene meistens erst, wenn der "Effekt" bereits vor einiger Zeit eingetreten war. Hier tritt das Problem fraglicher Merkmalskonstanz bei suizidalen Persönlichkeiten auf (PÖLDINGER und SONNECK 1980). Diese - für ex-post-facto-Studien seltene - Problematik rückt derartige Untersuchungsvorhaben bereits in die Nähe historisch-psychologischer Persönlichkeitsforschung, allerdings nur unter dem Gesichtspunkt, daß das Ziel der Untersuchung die Aufdeckung oder Entdeckung eines Typs "suizidale Persönlichkeit" ist.

+) Mit "Effekt" ist nicht der Effekt der suizidalen Handlung gemeint, etwa: Bewußtlosigkeit, Krankenhausaufenthalt usw.. Gemeint ist hier das selbstschädigende Verhalten, das in einer hypothetischen Beziehung zu einer möglichen Ursache steht.

I.1.5. Exkurs: Probleme einer Diagnostik der Suizidalität

Die Schwierigkeit, dem Konstrukt "Suizidalität" Eigenschaftscharakter im Sinne einer Persönlichkeitsvariablen zuzuerkennen, wurde bereits diskutiert (s. I.1.4.). Die bisherigen Ansätze, Selbstmordgefährdung zu diagnostizieren, lassen sich unterteilen in syndromatologische Ansätze, Versuche zur Verwendung von (zumeist aus epidemiologischen Studien gewonnenen) sog. Risikolisten sowie Fragebogenverfahren.

a) Syndromatologische Ansätze

Erwin RINGEL und sein Wiener Kreis haben immer wieder "entschieden und eindeutig die Auffassung von Selbstmord als krankhafter Handlung" betont (POHLMEIER 1978). Selbstmord sei "Symptom einer Krankheit, und es wird formuliert, daß jeder Selbstmordhandlung eine psychische Erkrankung zugrundeliegt" (POHLMEIER ebd.).

RINGEL (1976,1980) stellt das "präsuizidale Syndrom", bestehend aus der Trias von Einengung,gehemmter Aggression und Selbstmordphantasien, als einen ubiquitär auf Selbstmordprobleme anwendbaren psychopathologischen Prozeß vor.

Die Abgrenzung dieses psychopathologischen Phänomens von den im Zusammenhang mit Suizidhandlungen auftretenden Krankheiten nun ist außerordentlich schwierig. Denn: "Die Suizidalität ist nicht Ausdruck einer Krankheit sui generis, sondern häufig das Symptom einer neurotischen Reaktion oder einer neurotischen Entwicklung." (KUWALIK et al.1977, s. auch LÖWNAU 1970).
Inwieweit nun die Suizidalität eine "Krankheit in der Krankheit" darstellt, welche Möglichkeiten der Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Störungen, hier insbesondere zur Depression, bestehen, erweist sich als derzeit kaum lösbares Problem: Das präsuizidale Syndrom nach RINGEL zeigt starke Ähnlichkeit mit Beschreibungen einzelner Aspekte depressiver Syndrome; und die Suizidhandlung wird in gehäuftem Maße mit Depression in Zusammenhang gebracht (s.z.B. BECK 1979), wobei in jüngster Zeit vor allem die Zusammenhänge zwischen dem kognitiven Set der Hoffnungslosigkeit (MINKOFF et al. 1973, KRAMPEN 1979) und der suizidalen Gefährdung deutlicher zu sein scheinen als die zwischen Depression allgemein und suizidaler Gefährdung.

Neben diesen Abgrenzungsproblemen zu anderen psychiatrischen Störungsbildern wird selbst vonseiten der Psychiatrie die Anwendung des Krankheitsmodells auf Selbstmordgefährdung als von zweifelhaftem

Nutzen angesehen, wenn z.B.POHLMEIER (1978) äußert:"Die Entwicklung der Selbstmordverhütung in der Soziologie wird deutlich machen, wie wenig der individuelle Krankheitsbegriff der Medizin auf der Grundlage der Disposition und des Erregermodells erklärt."

Neben differentialdiagnostischen Problemen bemängeln PÖLDINGER und SONNECK (1980) am Konstrukt des präsuizidalen Syndroms, es beziehe "eine Reihe von Aspekten und Merkmalen ein, die die Erhebung schwierig machen und reiche Erfahrung voraussetzen"; somit wird die auf einen Expertenkreis reduzierte Anwendbarkeit noch zusätzlich reduziert.

b) Risikolisten

Als "psychiatrisch-psychologisch-soziologische Methoden" bezeichnen PÖLDINGER und SONNECK (1980) die Risikolisten zur Abschätzung der Selbstmordgefahr, wie z.B. von PÖLDINGER 1968 erstellt. Die Autoren kennzeichnen mit dieser Einordnung zugleich das Problem der uneinheitlichen wissenschaftlichen Fundierung derartiger Verfahren, deren Skalen zumeist aus (verallgemeinernden) epidemiologischen Studien konstruiert wurden: Die so in den Risikolisten zu sammelnden Daten stammen im Falle von PÖLDINGERs Liste aus: Psychiatrischen Störungsklassen (z.B. "Schizophrenie"), psychoanalytisch fundierten Persönlichkeitskonstrukten ("Aggressionshemmung"), psychologischen und soziologischen Daten ("Vereinsamung"; "Familienschwierigkeiten"). Es liegt auf der Hand, daß ein derartiges Kategoriensystem zur standardisierten Anwendung eines ausführlichen Beobachtungstrainings bedürfte, sofern auf diesem Wege überhaupt eine Anwendung des Verfahrens standardisiert werden könnte. Vereinheitliche Anwendung und exakte Registrierung sind angesichts der vagen Begriffsbildung in der Kategorienbezeichnung kaum zu gewährleisten. Der praktische Wert solcher Risikolisten wird in jüngerer Zeit denn auch zunehmend in Frage gestellt (PÖLDINGER und SONNECK 1980).

c) Fragebogen

DEVRIES (1966) und im deutschen Sprachraum STORCK (1972) konstruierten Persönlichkeitsfragebogen zur Früherkennung der Suizidgefahr, welche durch Item-Auswahl aus anderen Persönlichkeitsfragebogen (z.B. MMPI)

gewonnen wurden: Items, die im Hinblick auf eine Trennung suizidaler Probanden von nicht suizidalen Probanden einen bestimmten Trennschärfekoeffizienten aufwiesen, wurden zu einer Liste kombiniert. Aus der Anzahl der Schlüsselrichtung beantworteten Items wurde auf das Ausmaß der suizidalen Gefährdung geschlossen.
Diesem Verfahren, das in der diagnostischen Praxis heutzutage keine Verbreitung mehr findet, sind von verschiedenen Seiten Einwände entgegenzubringen, die unter dem meßtheoretischen und dem Anwendungs- bzw. Relevanzaspekt zu sehen sind:

1. Meßtheoretische Einwände

Die meßtheoretischen Probleme einer Fragebogendiagnostik der Suizidgefährdung beginnen bei der Definition des Kriteriums: Das Konstrukt "Suizidalität" ist nicht vergleichbar mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen (s.o.); und es erhebt sich die Frage, inwieweit "Suizidalität" quantifizierbar ist, oder ob sie nicht als dichotomes Merkmal behandelt werden sollte.
Zudem ist von ROSEN (1954, zit.n.LESTER, 1970) darauf hingewiesen worden, daß zur Präzisierung des gesuchten Merkmals eine Beschränkung auf den vollendeten Selbstmord als prognostisches Kriterium zu erfolgen habe.
Unter dem Aspekt, daß Fragebogendaten sich aufgrund der testtheoretischen Konstruktionsbedingungen zusammensetzen aus "wahren Werten" und "Fehlerwerten", läßt sich schlußfolgern, daß der Versuch, einen möglichst hohen Prozentsatz wirklich suizidaler Probanden zu ermitteln, mit einer umso höheren Fehlerquote in der Identifizierung der Suizidalen einhergeht (LESTER 1970), letzteres vor allem unter dem Aspekt, daß der vollendete Suizid auch in klinischen Stichproben ein sehr seltenes Ereignis darstellt (ROSEN 1954, zit.n.LESTER). LESTER bewertet letztlich den Versuch, standardisierte psychologische Tests zur Vorhersage bzw. Identifikation suizidalen Risikos zu verwenden, als unfruchtbar.

2. Das Relevanzproblem

Unter Berücksichtigung der Relevanz von Fragebogendiagnostik im Bereich der Suizidgefährdung ist kritisch anzumerken, daß der zu erfassende selbstmordgefährdete Proband sich solchen Prozeduren leicht entziehen

könnte bzw. einer Fragebogenerfassung gar nicht zugänglich ist. Erst unter der Voraussetzung, daß es eine relativ exakte Möglichkeit der Vorhersage an Suiziden gäbe, können dann auch nur Beratung bzw. hilfesuchende Probanden einer suizidalitäts-diagnostischen Prozedur unterzogen werden. In jedem Fall wäre die Abschätzung der Suizidalität auch Inhalt einer explorativen oder therapeutischen Interaktion zwischen Hilfesuchendem und Helfer; und sie würde sich bei häufigerem Kontakt als ein Phänomen erweisen, welches starken situativen Schwankungen unterliegt.

> Könnte letztlich also doch ein Diagnostikum zur Abschätzung der Suizidalität zur Anwendung gelangen, so läge dem immer zugrunde, daß a) der Hilfesuchende sich bereits an eine Institution gewandt hat, b) der Helfer bereits den Verdacht der Suizidalität soweit hegt, daß er ein solches Diagnostikum zur Anwendung bringt. Dann aber wäre eine Anwendung wiederum fast überflüssig, gesetzt den Fall, der Diagnostiker will aus seiner Erahnung der Suizidalität Maßnahmen derart ergreifen, daß er einer suizidalen Handlung vorbeugt. Denn dazu müßte er - mit oder ohne Diagnostikum - eingehend das Problem der Suizidalität mit dem Hilfesuchenden erarbeiten, eventuell behandeln, zumindest suizidverhütend intervenieren.

Speziell im Hinblick auf das Relevanzproblem erweist sich die gestalttheoretische Kritik des Validitätskonstrukts in der Testtheorie als Bindeglied zu den o.a. meßtheoretischen Einwänden. PIEL (1979) schreibt hierzu:"In prognostischer und praktisch-diagnostischer Hinsicht erteilt die Gestalttheorie der wissenschaftlichen Psychologie insofern Lehren, als sie darauf betont hinweist, daß z.B. statistische Validität (Gültigkeit) der Instrumente trotz ihrer intersubjektiven (objektiven) Sicherungen noch keine Relevanz (erhebliche Bedeutsamkeit) für die zu untersuchende Sache selbst darstellen muß. Trotz Validität brauchen Sache und Instrument noch nicht identisch zu sein...."

Zusammengefaßt beurteilt erweisen sich Methoden zur Früherkennung von Selbstmordgefährdung als theoretisch schlecht abgesichert, in ihrer praktischen Anwendbarkeit durch Konstruktionsmängel beeinträchtigt sowie teilweise - im Fall der Risikolisten - auch die kognitiven oder fachlichen Fähigkeiten eines potentiellen Diagnostikers überfordernd.

Die Relevanz derartiger Verfahren erweist sich zudem sowohl unter dem Aspekt der Erreichbarkeit der Zielgruppen, als auch unter dem Aspekt einer nur näherungsweise herstellbaren Identität zwischen untersuchtem und zu untersuchendem Gegenstand als zumindest eingeschränkt, letzteres vor allem, weil "Lebendiges - und alle Wirklichkeit scheint dynamisch-lebendig zu sein - nur probabilistisch voraussagbar ist" (PIEL 1979).

I.1.6. Klassenbildende Forschungsansätze bei Suizidhandlungen

1973 stellten KATSCHNIG und SINT eine Arbeit mit dem programmatischen Titel vor (Übersetzung von mir):"Gibt es unterschiedliche Typen von Suizidversuchen ? Ein clusteranalytischer Ansatz." In dieser Untersuchung wurden 276 Personen aus dem Großraum Wien anhand von 8 Variablen mit je 2 Valenzen clusteranalytisch gruppiert:

> Alter (jung - alt), Geschlecht (männlich - weiblich), fraglicher beruflicher Ruhestand (ja - nein), Zahl bisheriger stationärer Behandlungen (erste Behandlung - wiederholte Behandlung), Methode des Parasuizids (Drogen - harte Methoden), fraglicher Alkoholkonsum während des Parasuizids (ja - nein), Bewußtseinszustand bei der Aufnahme (klar - bewußtlos) sowie das Motiv für die Suizidhandlung ("conflict" vs. "unhappiness").

Als clusteranalytisches Verfahren wurde ein agglomeratives Vorgehen nach WARD (siehe z.B. TÜCKE 1976) gewählt. Auf diese Weise gelangen die Autoren zu 7 Personenclusters, bei denen in der Interpretation aufgrund der Variablen-Konstellationen im jeweiligen Cluster sehr weitreichende Schlußfolgerungen gezogen wurden.

> Beispielsweise wird das Personencluster II mit der größten Probandenzahl (N = 92) folgendermaßen interpretiert:
> Die Variablenkombination zeige, daß es sich überwiegend um junge Frauen handele, die zum ersten Mal stationär aufgenommen wurden, bei der Aufnahme bewußtseinsklar waren, ihre wesentliche Motivation von Konflikten herrührend ansehen und die Suizidhandlung mit Tabletten unternommen hätten. Hieraus nun folgern KATSCHNIG und SINT: Es sei nicht unwahrscheinlich, daß man es hier mit Suizidhandlungen zu tun habe, bei denen statt eines wirklichen Todeswunsches der "Suizidversuch" unbewußt als Strategie verwendet werde, um mit Hilfe eines erpresserischen Mechanismus aus einer emotional besorgniserregenden Situation herauszugelangen.

Diese Arbeit erlangt ihre Bedeutung dadurch, daß sie als erster Versuch zur empirischen Gruppierung von Personen mit Suizidhandlungen im Sinne einer Klassifikation anzusehen ist. Problematisch hingegen erscheint die Variablenauswahl: Die Variablen interkorrelieren sicherlich sehr unterschiedlich. Zum Beispiel korrelieren Alter und die Frage des Ruhestandes sicherlich sehr hoch miteinander; ein derartiger "Variablenblock" kann die Gruppierung sehr verändern. Zudem erscheint die Anzahl der Variablen (insgesamt 8) bei je 2 Valenzen zu dürftig, um bei der Interpretation inhaltlich das Maß der erzielten Ergebnisse zu treffen und nicht weit darüber hinaus zu interpretieren (s.o.). Es bleibt fraglich, inwieweit KATSCHNIG und SINT dem Ziel ihrer Forschung (die Ermittlung von Übergangswahrscheinlichkeiten zwischen Selbstmordversuch und vollendetem Suizid) mit dieser Untersuchung näher gekommen sind.

1976 untersuchte KIEV 298 Patienten nach Suizidhandlungen mit Hilfe eines von ihm konstruierten "Life Crisis Inventory" (vorgestellt in: KIEV 1977), bei welchem in 56 Items Symptomdaten, diagnostische "Eindrücke", Motivationsdaten, Charakteristika der suizidalen Handlung, psycho-sozial belastende Einflüsse sowie zwischenmenschliche Beziehungen und Konflikte hieraus erfaßt wurden. Ein clusteranalytisches Vorgehen führte zu 7 Personenclusters, die KIEV folgendermaßen charakterisiert:

1. Typ: "Suizidale Geste" bei geringer Angst, Schuld oder Depression; Probanden sind angepaßt ohne bedeutsame Konflikte. Die Suizidhandlung beinhaltet ein geringes Risiko.
2. Typ: "Akute depressive Reaktion" bei hohen somatischen Belastungswerten, hohen Angstwerten und wenig Konflikt mit anderen.
3. Typ: "Passiv-aggressive" und "passiv-abhängige Persönlichkeitsstörung" bei einem Minimum an Symptomen, geringer Angst und wenig Schuldgefühlen. Probanden gelten als therapieresistent bei ungünstiger Prognose.
4. Typ: "Angstreaktion mit interpersonellem Konflikt".
5. Typ: "Sozial isoliert". Die Probanden zeigen starke interpersonelle Konflikte, gepaart mit ungewöhnlichen Gedanken und Verhaltensweisen und hoher "suizidaler Potenz".
6. Typ: "Suizidale Vertieftheit" (preoccupation). Bei einer gewissen Ähnlichkeit zum Typ 1 imponieren hier außerdem ungewöhnliche Gedanken und Verhaltensweisen sowie eine hohe "suizidale Potenz".
7. Typ: "Chronisch fehlangepaßt": Diese Probanden zeigen bei niedrigen Angstwerten und wenig Schuldgefühl höhere Ausprägungen bei Zwangsgedanken und allgemeiner Fehlangepaßtheit, daneben einige depressive Symptome und extrem hohe Werte in emotionaler und physischer Abstumpfung.

Will man die Untersuchung KIEVs einer Bewertung unterziehen, so ist zunächst zu konstatieren, daß die Ergebnisse aus einem Datenmaterial gewonnen wurden, über dessen Meßqualitäten nur wenig bekannt wird. Es handelt sich um ein Rating-Verfahren auf der Basis von Daten aus halbstandardisierten Interviews: Das "Meßinstrument" zielt darauf ab, Probleme oder "Krisen" in allen wichtigen Bereichen der menschlichen Existenz zu erfassen: sozialer, emotional-affektiver, kognitiver und aktionaler Bereich. Daneben wird Motivforschung betrieben, und es wird schließlich auch ein Rating über die Ernsthaftigkeit der Suizidhandlung abgegeben. Insofern haben die vorgefundenen Clusters in ihren Benennungen wechselnde theoretische Grundlagen: Interpretationen der Suizidhandlung als Geste (Cluster 1) oder als psychopathologisches Phänomen (Clusters 2,4,6) wechseln mit Persönlichkeitsbildern (Cluster 3) sowie sozialen Etikettierungen i.w.S. (Clusters 5 und 7). Insofern wird die Bedeutung der Studie - nämlich Messungen von relativ hohem Zeitaufwand und relativ hoher Komplexität an einer relativ großen Stichprobe vorgenommen zu haben - eingeschränkt durch methodologische bzw. meßtheoretische Schwächen und eine theorielose Klassifikation im Sinne eines pragmatisch erscheinenden Eklektizismus.

Ebenfalls auf der Basis von Interview- und Experten-Rating untersuchten PAYKEL und RASSABY (1978) 236 Patienten nach Selbstmordversuchen. Aus dem Datenmaterial wurden durch subjektive Gewichtung 14 Variablen zu einer clusteranalytischen Gruppierung der Probanden herangezogen. Nach Bericht der Autoren stellt die Bildung dreier Gruppen von Patienten die optimale Clusterung dar, wobei die wesentlichen Variablen zur Gruppendifferenzierung zwischen den Clusters in den Methoden des jeweiligen Selbstmordversuchs zu finden sind.

> Die größte Gruppe stellen hier Probanden mit (überwiegend) Tablettenvergiftungen dar, die zudem in der Motivbildung zur Suizidhandlung überwiegend konfliktbestimmt seien. Daneben zeigten sie am wenigsten offene Feindseligkeit. Die nächstkleinere Gruppe wurde durch Probanden mit "harten Methoden" gebildet, bei denen interpersonelle Konflikte eine geringere Rolle spielten. Die kleinste Gruppe (N = 13) wird durch Probanden gebildet, bei denen Wiederholungen von Selbstmordversuchen mit relativ geringem Lebensrisiko festzustellen sind. Diese Probanden zeigen nach Experten-Rating die geringste Konfliktbelastung bei stärkster Feindseligkeit.

Die Ergebnisse von PAYKEL und RASSABY zeigen, daß die Eigenarten des Suizidversuchs (Wahl des Mittels, Anzahl der Versuche) in bedeutsamen Zusammenhängen mit anderen Daten gesehen werden können, so daß sie in einer empirischen Typbildung sogar die wesentlichen typifferenzierenden Variablen darstellen können. Dies allerdings hängt in starkem Maße von der Qualität der eingegebenen Daten ab. Gleichwohl sind in den Ergebnissen Ähnlichkeiten zur Studie von KATSCHNIG und SINT (1973) zu erkennen, worauf auch die Autoren hinweisen. Diese Ähnlichkeit kann ihre Ursache darin haben daß die Variablenauswahl bei PAYKEL und RASSABY gewisse Ähnlichkeiten zu den Variablen der Studie von KATSCHNIG und SINT zeigt, wobei formal auffällt, daß die relativ leicht zu erhebenden Variablen (Alter,Geschlecht, Wahl des Mittels zur Suizidhandlung, Konflikt-Motive) in der Clusterung zu teilweise replizierbaren Ergebnissen führen können.
Die wesentliche Frage, die die beiden Studien von PAYKEL und RASSABY sowie KATSCHNIG und SINT gemeinsam aufwerfen, könnte das Relevanzproblem besonders hervorheben: Welchen Nutzen haben derart gefundene Typen für das weitere Vorgehen helfender Personen ?

Unter dem Aspekt der Sorgfalt in Design und Durchführung der Untersuchung dürfte die Studie von HENDERSON et al. (1977; insgesamt 10 Autoren) besonders hoch zu bewerten sein: Zwei Stichproben von Probanden mit Suizidversuchen aus australischen Provinzen lieferten das Datenmaterial (Gesamt-N = 350). Alle Probanden wurden einem standardisierten Interview mit 184 Variablen unterzogen, in welchem folgende Bereiche systematisch zu erfragen waren: Demographische Daten, schwerwiegende Aufwuchsbedingungen, "life-events" in den letzten 12 Monaten, diverse Charakteristika der Suizidhandlungen (Wahl des Mittels, Lebensgefährdung, Impulsivität, Bewußtseinszustand bei Einlieferung), erleichternde Faktoren (z.B.Alkohol) sowie "Motivation" für den Suizidversuch.
Eine wechselseitige Interviewer-Kontrolle führte in der direkten Untersuchung zu relativ hohen Inter-Rater-Reliabilitäten. Durch subjektive Gewichtung wurden mit besonderem Augenmerk auf Therapie-Relevanz 44 Variablen ausgewählt und typologisierend verarbeitet, die gefundenen Clusters wurden varianzanalytisch miteinander verglichen. Die Clusterung wurde als optimal angesehen, wenn in zwei Teilstichproben à 100 Probanden aus unterschiedlichen Provinzen ähnliche Clusterbildungen zu erkennen waren.

Daneben wurden die für Typbildung relevanten Moderatorvariablen (im Sinne der gruppendifferenzierenden Größen; s. LIENERT 1967) identifiziert. Dies waren die 4 Motivationsvariablen: Ausgeschlossensein (alienation), Depression, operant (d.h. Selbstmordversuch als Mittel der Verhaltenskontrolle über andere) und Extrapunitivität. Hinsichtlich dieser Variablen unterscheiden sich die Clusters also besonders stark. Ein Vergleich verschiedener Techniken der Verarbeitung führte zur Verwendung einer empirischen Gruppierung ähnlich dem WARD'schen Algorithmus (s. TOCKE 1976) als optimaler Methode: Drei annähernd gleich stark vertretene Typen, von denen zwei Typen sinnvoll interpretierbar erscheinen, ließen sich finden.

> Typ 1 bestehe aus Patienten, die in der jeweiligen Variablenausprägung durchschnittlich seien, die weder niedrige noch hohe Variablenwerte hätten. Den Untersuchern bleiben diese Probanden ein Rätsel, wie sie schlußfolgern; und als Erklärung für diese Art der Typbildung schlagen sie vor, daß es ihnen nicht gelungen sei, die entscheidenden Kennzeichnungen für diese Art von Suizidversuchen zu finden.
>
> Typ 2 seien die depressiven, nicht extrapunitiven, nicht "operanten" (s.o.), nicht ambivalenten ("Janus-gesichtig") Patienten mit mäßiger Störung des partnerschaftlichen Lebens. Sie seien ebenso entfremdet oder ausgeschlossen wie Probanden vom Typ 3.
>
> Typ 3 besteht aus Probanden, die in der Schilderung der Autoren "operant", extrapunitiv, ambivalent und ausgeschlossen bzw. entfremdet seien. Ihre Lebensgefährdung durch die Suizidhandlung sei relativ gering, die eheliche Beziehung sei gestört, die Patienten seien nicht besonders depressiv.

Die Untersuchungen von HENDERSON et al. haben mehrere bemerkenswerte Ergebnisse. Zunächst imponiert in der Typologie selbst die Darstellung eines Clusters, das bei aller Sorgfalt der Datenerhebung nicht näher zu identifizieren ist, weil die Angehörigen dieses Clusters in jeder Hinsicht unauffällig erscheinen. Die praktische klinische Erfahrung mit suizidalen Patienten spricht dafür, daß es diese Probanden gibt. Dissimulative Tendenzen mögen hier eine Rolle spielen, um die Untersuchungsprozedur so schnell wie möglich hinter sich zu bringen; es können aber auch bisher nicht aufgedeckte Faktoren wirksam sein, durch welche sich diese Probanden schließlich doch von anderen unterscheiden ließen.
Außerdem zeigt sich in dieser Untersuchung, daß in der Gruppe der ausgewählten Variablen insbesondere Motivationsfaktoren eine diskriminative

Funktion in dem Sinne haben, daß die beiden interpretierbaren Clusters insbesondere durch unterschiedliche Ausprägung einzelner Motive für die Suizidhandlung zu identifizieren sind. Dieses Faktum - und die aufwendige Kontrolle des experimentellen Vorgehens, der Variablengewichtung und der statistischen Verarbeitung - unterscheidet diese Untersuchung in positiver Hinsicht von den zuvor referierten Studien.

I.1.7. Bewertung

Die referierten Untersuchungen lassen den Schluß zu, daß Versuche zur Klassifikation von Probanden mit Suizidversuchen zu deutlich voneinander abgrenzbaren Untergruppenbildungen führen. Die empirischen Gruppierungen sind als Hinweis zu werten, daß die Population von Selbstmordversuchern in verschiedener Hinsicht heterogen ist, daß sie zumindest einer differentiellen Betrachtung zugänglich ist.
Die Probleme der referierten Untersuchungen liegen insbesondere in der Variablenauswahl. Hier gewinnt die Frage der unterschiedlichen Relevanz einzelner Variablen für die Typbildung an Bedeutung; dies insbesondere bei Untersuchungen, in denen bei geringer Variablenzahl die Interkorrelation einzelner Variablen nicht kontrolliert wird.
In allen klassenbildenden Studien werden Variablensätze mit wechselnden Meßqualitäten verwendet, die in unterschiedlichem Maße einer Messung zugänglich sind: Man vergleiche beispielsweise die Variable "Alter", welche exakt meßbar ist, mit der Variable "Ernsthaftigkeit der suizidalen Handlung". Reliabilität und Validität einzelner Messungen können also in ein- und derselben Untersuchung von sehr unterschiedlicher Qualität sein.
Neben der unterschiedlichen Zugänglichkeit und Meßqualität einzelner typbildender Variablen muß vor allem auch der unterschiedliche theoretische Hintergrund berücksichtigt werden: Der gefundene Typus ist oftmals zusammengesetzt aus primär soziologischen, motivationspsychologischen und medizinischen Daten. Von daher verleiten empirisch gewonnene Personenclusters zu übergreifenden, ganzheitlichen Interpretationen, die sich weit vom gefundenen Merkmalbündel entfernen und ins Spekulative abgleiten können. Je weniger nämlich dem mit der

Klassifikation befaßten Wissenschaftler der Umgang beispielsweise mit motivationspsychologischen Daten geläufig ist, umso eher wird er bereit sein, derartige Daten einem medizinischen Krankheitsmodell zuzuordnen und beispielsweise die Motivation psychopathologisch zu deuten oder gar zu bewerten.

Ungeklärt in allen referierten Untersuchungen ist auch die externe Validität (CAMPBELL und STANLEY 1966) zur Abklärung der Frage, ob sich der Gültigkeitsbereich der gefundenen Typen nur auf Suizidversucher beschränkt, oder ob sich die gefundenen Unterteilungen ganz oder teilweise auch in anderen klinischen Stichproben finden. Die innerhalb einer Stichprobe gewonnenen Unterteilungen könnten z.B. auf sehr geringgradigen Varianzen einzelner Meßdaten aufgebaut sein, so daß Unterschiedlichkeit zum statistischen Artefakt wird und die so aufgestellte Typologie einzigartig und als Meßereignis nicht reproduzierbar ist. Die Klärung dieses Problems ist nur über Kontrollgruppenuntersuchungen zu erzielen. Die Fragestellung ist im Sinne der oben vorgenommenen Unterteilung (s.I.1.2.) verallgemeinernd.

Insofern sind die hier vorgestellten klassifikatorischen Ansätze experimentell nicht genügend abgesichert. Als Beispiel darf die Untersuchung von KATSCHNIG und SINT (1973) angeführt werden: Von der Variablenauswahl her hätte die Untersuchung ebenso gut auf Alkoholiker oder toxikomane Patienten angewendet werden können; es hätten sich ähnliche Typologien finden können; und es bleibt fraglich, ob die hier ermittelten Typen allgemein bei klinisch-psychologisch auffälligen Probanden anzutreffen sind, oder ob sie ein spezifisches Ergebnis der Suizidforschung sind. Die klassifikatorischen Ansätze der anderen genannten Autoren, insbesondere von HENDERSON et al., sind von der Variablenauswahl her in stärkerem Maße auf Probanden mit Suizidversuchen zugeschnitten, so in der Motivationserklärung und in der Berücksichtigung der gewählten Methode des Selbstmordversuches. Insofern erübrigt sich hier eine experimentelle Kontrolle durch Vergleich mit Nicht-Suizidversuchern. Gleichwohl ist die Verteilung derjenigen Variablen, die nicht in direktem Zusammenhang mit Suizidhandlungen stehen, in keiner Weise bekannt. Insofern stellen die hier vorgestellten Klassifikationen suizidaler Probanden diese Stichprobe nicht mehr in einem größeren Zusammenhang dar, beispielsweise unter der Fragestellung, was Patienten mit Suizidversuchen mit anderen klinisch auffälligen Probanden gemeinsam haben, wenn man sie typologisch betrachtet.

I.2. Zusammenfassende Bewertung der gesichteten Literatur (Resümee zum literaturkritischen Teil)

Die verallgemeinernden sowie die klassenbildenen Untersuchungen über Persönlichkeits—züge von Probanden nach Suizidhandlungen zeigen, daß ein einheitlicher Typus des suizidalen Menschen, wie er etwa noch bei EYSENCK (1957) im Koordinatenkreuz von "Neurotizismus" und "Psychotizismus" postuliert wird, aufgrund zum Teil stark divergierender Befunde in den einzelnen Untersuchungen schlecht konstruiert werden kann.
Gemeinsam war allerdings vielen verallgemeinernden Untersuchungen das Ergebnis erhöhter Depressivitätswerte bei suizidalen Probanden, somit ein Hinweis z.B. auf Neigung zu dauernder Verstimmtheit bzw. Anfälligkeit für negative Emotionen, auf Tendenzen zu Minderwertigkeitsgefühl und vermehrter Selbstkritik.
Die im Rahmen der verallgemeinernden Forschungsansätze anzusiedelnden diagnostischen Bemühungen um die Messung der Suizidalität dürften somit neben der zweifelhaften praktischen Bewährung auch unter verschiedenen theoretischen Gesichtspunkten, nicht zuletzt aber unter Relevanzaspekten kritisch zu bewerten sein. Suizidale Gefährdung erweist sich als zu situationsbezogen, als daß sie ein als überdauerndes Konstrukt aufzufassendes Persönlichkeitsmerkmal darstellen könnte. Insofern wäre vielleicht der Versuch lohnend, sozialpsychologische Fragestellungen in die Suizidforschung mit einzubeziehen, wobei sich neben anderen das Konzept der Einstellung anbietet (HOBRÜCKER 1980): Ein Jugendlicher erweist sich als suizidal, wenn er in der aktionalen Komponente seiner Einstellung zu den Lebensumständen Hilflosigkeit (SELIGMAN 1979) zeigt, in der kognitiven Komponente Hoffnungslosigkeit (MINKOFF et al. 1973, BECK 1979), und wenn er im Bereich der emotionalen Komponente Haltlosigkeit im Sinne einer erlebten Vereinsamung (POHLMEIER 1978) bzw. erlebten Isolierung (JACOBS 1974) wahrnimmt.

Die klassenbildenden Forschungsansätze dagegen zeigen, daß der Weg der Forschung zunehmend vom einheitlichen Typus des suizidalen Menschen wegführt; Differenzen zwischen einzelnen Gruppen suizidaler Probanden dominieren offensichtlich über Gemeinsamkeiten zwischen den Probanden.
Die Schwächen der klassenbildenden Forschung liegen insbesondere in der

Variablenauswahl, die oftmals durch möglichst rasche Zugänglichkeit des Datenmaterials diktiert zu sein scheint(siehe z.B. die Studie von KATSCHNIG und SINT 1973). So sind die verwendeten Variablensätze zumeist mit unterschiedlichem oder undefiniertem Skalenniveau versehen und theoretisch ungenügend fixierbar. Daraus folgt, daß der Prozeß der statistischen Verarbeitung, aber auch die interpretativen Prozesse der Ergebnisverarbeitung, der Gefahr einer leichtfertigen Handhabung zugunsten klarer Aussagen unterliegen.

Zusammenfassend beurteilt zeigen die verallgemeinernden und die klassenbildenden Ansätze nur wenige Gemeinsamkeiten.
Unter qualitativem Aspekt fällt bei einem Vergleich der Forschungsansätze auf, daß in den verallgemeinernden Untersuchungen Messungen von Persönlichkeitseigenschaften mit relativ guter Reliabilitätskontrolle dominieren, daß hingegen in den typologischen (klassenbildenden) Ansätzen auf die Messung von Persönlichkeitseigenschaften im wissenschaftlichen Sinne (s.o.) verzichtet wird, daß hingegen eher allgemeine, lediglich dichotom variierende Personendaten den wesentlichen Bestandteil der klassenbildenden Variablensätze ausmachen. Somit besteht im Bereich der Forschung über Menschen mit Suizidhandlungen die paradoxe Situation, daß die verallgemeinernde Forschung mit differentiellen Methoden (standardisierte Persönlichkeitsfragebogen), die eigentlich aber differentielle Forschung mit nicht differentiellen Methoden durchgeführt wird.
An diesem Punkt setzt die hier vorgestellte Untersuchung an: Ziel ist eine differentielle Betrachtung von Jugendlichen mit Suizidversuchen, ohne daß mögliche Verallgemeinerungen, die für die gesamte Stichprobe gelten, vernachlässigt werden sollen.

II. Empirischer Teil

II.1. Spezielle Fragestellungen und Hypothesen

Im Zentrum der im empirischen Teil vorgestellten Untersuchung steht die Erfassung und statistische Verwertung von Persönlichkeitsdaten jugendlicher Probanden mit Selbstmordversuchen. Neben der Beschreibung und Differenzierung der Persönlichkeitsbilder sollen die Daten über psychopathologische Symptome und die in einem Teil der Untersuchungsstichprobe erhobenen Problembelastungen der Jugendlichen in ihren Bezügen zu den Persönlichkeitseigenschaften untersucht werden. In diesem Sinne zeigt die Entwicklung der Fragestellung drei Schwerpunkte:

Der "verallgemeinernde " Fragenkomplex A stellt die Gruppe der suizidalen Jugendlichen als einheitliche Stichprobe einer klinischen Kontrollgruppe und einer Kontrollgruppe psychopathologisch unauffälliger Jugendlicher gegenüber. Fragenkomplex B untersucht die Möglichkeit einer differentiellen Betrachtung der suizidalen Jugendlichen anhand der gemessenen Persönlichkeitseigenschaften. Fragenkomplex C soll die Suche nach Zusammenhängen zwischen den "Typen" von Jugendlichen mit Selbstmordversuch und symptomatologischen Diagnosen sowie Problemdaten behandeln.

Fragestellung A : Unterscheiden sich die Persönlichkeitskennwerte der Gruppe der jugendlichen Selbstmordversucher von den Daten klinisch anderweitig auffälliger Jugendlicher sowie von den Persönlichkeitsdaten normaler Jugendlicher ?

Die zu diesem Fragenkomplex aufgestellten Hypothesen lassen sich ableiten aus den in der vorgestellten Literatur häufiger genannten Ergebnissen: Demzufolge zeigen Probanden mit Suizidversuchen erhöhte Depressionswerte und sind als Population im Hinblick auf verschiedene Persönlichkeitsmerkmale relativ heterogen.

Hypothese 1 : Jugendliche nach Selbstmordversuchen zeigen im Stichprobenmittel erhöhte Depressivitätswerte.

Hypothese 2 : Die Persönlichkeitsdaten Jugendlicher nach Selbstmordversuchen zeigen vergleichsweise hohe Stichprobenvarianzen.

Fragestellung B : Lassen sich in der Stichprobe der jugendlichen Selbstmordversucher Gruppen mit statistisch voneinander unterscheidbaren Persönlichkeitsprofilen bilden ?

Die in der vorgestellten Literatur unternommenen Klassifikationsversuche legen es nahe, eine Annahme solcher Gruppierungsmöglichkeiten im Sinne einer positiven Beantwortung der Fragestellung hypothetisch zu formulieren.

Hypothese 3 : In der Gruppe der jugendlichen Selbstmordversucher lassen sich mit Hilfe der Persönlichkeitsdaten statistisch unterscheidbare Gruppierungen von Probanden finden, die wir "Typen suizidaler Jugendlicher" nennen.

Hypothese 4 : Die "Typen suizidaler Jugendlicher" lassen sich auch in einer gemeinsamen statistischen Klassifikation mit einer Stichprobe klinisch anderweitig auffälliger Jugendlicher wiederfinden, so daß es sich um eine relativ stabile Clusterung handelt.

Fragestellung C : In welchem Zusammenhang stehen die empirisch ermittelten Persönlichkeitsgruppierungen zu symptomatologisch fundierten Diagnosen über die Probanden mit Selbstmordversuch sowie zu Untersuchungen in einem Teil der Stichprobe, die auf die Ermittlung von Problemschwerpunkten abzielen ?

Hypothese 5 : Die empirische Klassifikation anhand der Persönlichkeitsmerkmale suizidaler Jugendlicher hat Entsprechungen in der symptomatologischen Klassifikation (Diagnose) der suizidalen Jugendlichen.

Hypothese 6 : Die empirische Klassifikation anhand der Persönlichkeitsmerkmale steht in meßbarem Zusammenhang mit Daten zur Beschreibung der Problemstruktur von jugendlichen Selbstmordversuchern.

II.2. Beschreibung der Untersuchung

II.2.1. Vorstellung der Untersuchungsverfahren

Im Hinblick auf Durchführung und Auswertung des Datenmaterials über die jugendlichen Selbstmordversucher lassen sich die objektiven Verfahren der Persönlichkeitsmessung und Erfassung der Problembelastung unterscheiden von den nicht objektiven Methoden zur Erfassung der psychopathologischen Symptome und der Motive für die Suizidhandlung.

II.2.1.1. Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale und der Problembelastung

Die Messung der Persönlichkeitseigenschaften der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen wurde mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeits-Inventars (FAHRENBERG,SELG und HAMPEL 1978) durchgeführt. Das FPI ist eines der im deutschen Sprachraum am meisten verwendeten psychometrischen Persönlichkeitsdiagnostika und darf im Hinblick auf Qualitätskontrolle der Messung und Erfassungsbereich der Persönlichkeitsaspekte als herausragend angesehen werden. Es erfaßt in 212 Items Aussagen zu 9 faktorenanalytisch gewonnenen Persönlichkeitseigenschaften (FPI 1 - 9) sowie 3 übergreifenden Persönlichkeitsskalen (FPI E, N und M) mit folgenden vorläufigen Benennungen:

FPI 1: "Nervosität" (psychosomatisch gestört - psychosomatisch nicht gestört)

FPI 2: "Spontane Aggressivität" (spontan aggressiv, emotional unreif - nicht aggressiv, beherrscht)

FPI 3: "Depressivität" (mißgestimmt, selbstunsicher - zufrieden, selbstsicher)

FPI 4: "Erregbarkeit" (reizbar, leicht frustriert - ruhig, stumpf)

FPI 5: "Geselligkeit" (gesellig, lebhaft - ungesellig, zurückhaltend)

FPI 6: "Gelassenheit" (selbstvertrauend, gut gelaunt - irritierbar, zögernd)

FPI 7: "Reaktive Aggressivität, Dominanzstreben" (reaktiv aggressiv, sich durchsetzend - nachgiebig, gemässigt)

FPI 8: "Gehemmtheit" (gehemmt, gespannt - ungezwungen, kontaktfähig)

FPI 9: "Offenheit" (offen, selbstkritisch - verschlossen, unkritisch)

FPI E :"Extraversion" (extravertiert - introvertiert)

FPI N :"Emotionale Labilität" (emotional labil - emotional stabil)

FPI M :"Maskulinität" (typisch männliche Selbstschilderung - typisch weibliche Selbstschilderung)

Die Normierung des Fragebogens erfolgt differenziert nach Alter und Geschlecht auf einer Stanine-Skala oder zur genaueren Differenzierung auf einer T-Skala. Daneben besteht die Möglichkeit des alters- und geschlechtsunabhängigen Stichprobenvergleichs.
Die empirische Kontrolle der Gütekriterien wird im Handbuch zum FPI ausführlich diskutiert. Die diversen Untersuchungen zur Reliabilitätskontrolle (Testwiederholung nach 6 Wochen: r = .75 bis .91) kommentiert SCHMIDTCHEN (1975) wie folgt:"Insgesamt kann die Stabilität der Skalen als beachtlich angesehen werden."
Die Validitätskontrolle des Verfahrens ist in ständiger Weiterentwicklung. Neben der faktoriell ermittelten Validität erwähnen die Autoren eine Vielzahl korrelativer Studien mit anderen Testverfahren, mit Verhaltenseinstufungen sowie Validierungsstudien mit klinischen und nichtklinischen kriterienbezogenen Stichproben. Durch Erstellen einer Informationsbank zur Kontrolle des Anwendungsbereiches des FPI wurden bis 1978 Daten aus über 200 kriterienbezogenen Stichproben gesammelt. Der hieraus zu entnehmende hohe Wert an praktischer Bedeutung dieses Verfahrens wird auch von BRICKENKAMP (1975) betont:"Das Verfahren ist besonders bei Patienten in Beratungs- oder Therapiesituationen sowie bei (anonym bleibenden) Personen in Forschungssituationen anwendbar."

Eine vergleichende Untersuchung von FPI, MMPI und 16-PF von CATTELL unternahmen HOBI und KLÄR (1973). Neben der Frage, welche gemeinsamen Dimensionen in den drei Persönlichkeits-Inventaren erfaßt werden, sollte vor allen Dingen die Frage nach der Qualität der Erfassung der einzelnen Bereiche durch die jeweiligen Verfahren geklärt werden. In einer gemeinsamen Faktorenanalyse der Verfahren an einer klinischen Stichprobe von 230 Probanden ergaben sich 7 interpretierbare Faktoren, von denen das FPI 5 Faktoren umfaßte und zugleich eine gute Differenzierung zwischen Diagnosegruppen lieferte. HOBI und KLÄR kommentieren die Ergebnisse der Faktorenanalyse:

"Im gemeinsamen Faktorenraum der drei Inventare bietet der FPI ein wesentlich differenzierteres Strukturbild als der MMPI, er gibt reichere persönlichkeitspsychologische Information, ohne dabei die klinischen Belange zu vernachlässigen." Hingegen zeigt die Analyse des MMPI in dieser Untersuchung, daß die diversen klinischen Skalen des MMPI keineswegs zur Ladung auf unterschiedlichen Faktoren beitragen. HOBI und KLÄR schlußfolgern:"Im Vergleich zu den Inventaren FPI und 16-PF liefert der MMPI in der Klinik weniger Information über persönlichkeitspsychologische Bereiche, der allgemein-klinische Beschwerdebereich wird zuverlässig auch beim FPI miterfaßt."

Im Falle der Möglichkeit einer zusätzlichen Diagnostik der Problembelastung in der Untersuchungsstichprobe wurde der "Problemfragebogen für Jugendliche" von SÖLLWOLD und BERG (1967) verwendet. Dieser Fragebogen besteht aus insgesamt 306 Items, die ins Deutsche übertragen wurden aus dem SRA Youth Inventory (REMMERS und SHINBERG, 1960) und sich in acht Themenbereiche gliedern:"Meine Schule", "Nach der Schulzeit", "Über mich selbst", "Ich und die anderen", "Zu Hause", "Jungen und Mädchen", "Gesundheit" und "Allgemeines", wobei mit letzterem Bereich vor allem die Erfragung von Problemen im religiösen und lebensphilosophischen Bereich umschrieben wird. Die Antworten werden je nach angekreuztem Feld mit 3,2,1 und 0 gewichtet. In jedem Themenbereich werden die Punktwerte der einzelnen Items zu Rohwerten summiert. Die Summe dieser Rohwerte ist der Totalwert. In der Normierung können die Rohwerte sowie der Totalwert in Prozentränge umgeformt werden. Daneben schlagen die Autoren ausdrücklich vor, daß die Antworten einzeln ausgewertet werden können, um "sehr konkret zu ermitteln, welche Sorgen und Nöte und Probleme dem Probanden als besonders wichtig erscheinen" (SÖLLWOLD und BERG, 1967).

Die Gütekriterien des Fragebogens wurden ermittelt an Berufsschülern, wobei die Form W (für weibliche Probanden) gesondert von der Form M (für männliche Probanden) untersucht wurde. Die Gütekriterien wurden allerdings bei einem anderen Antwortmodus (0-1-Kategorisierung) ermittelt. Im Hinblick auf die Validität des Testverfahrens wird ausdrücklich darauf bestanden, daß das Verfahren inhaltlich valide sei, "falls der Jugendliche nur ehrlich antwortet".

Die Meßqualität des Fragebogens erscheint aus der praktischen Erfahrung im Umgang mit dem "Problemfragebogen für Jugendliche" durch die Möglichkeit der Wahl von vier Antwortkategorien beeinträchtigt (s.HOBRÖCKER, RAMBOW und SCHMITZ 1980) : Unsere diagnostischen Vorerfahrungen veranlaßten

uns zu der Schlußfolgerung, daß Jugendliche in der Beantwortung eines solchen Fragebogens einen individuellen Standard (im Sinne einer Antworttendenz) für die Bewertung von Problemen entwickeln, den sie in der Beantwortung aller Skalen verwenden. Die Ermittlung von Schwerpunkten innerhalb der individuellen Problembelastung erscheint nur dann möglich, wenn neben der Betrachtung der Rohwerte in den einzelnen Problembereichen auch das individuelle Antwortpattern in der Berechnung der einzelnen Problemfelder berücksichtigt wird.

Unter Berücksichtigung dieses individuellen Antwortmusters zeigte sich in der Untersuchung von HOBRÜCKER,RAMBOW und SCHMITZ (1980), daß 35 Mädchen nach Suizidhandlungen in ihren Problembelastungswerten von einer Gruppe von 30 klinisch anderweitig auffälligen Mädchen statistisch lediglich in der Ausprägung des Antwortpatterns, nicht jedoch im Stellenwert der einzelnen Problembereiche unterscheidbar sind. Beide Gruppen dagegen unterscheiden sich von einer Normal-Kontrollgruppe vor allem in der Betonung der größeren innerfamiliären Belastung sowie in der im Vergleich zu normalen jungen Mädchen relativ geringen Belastung durch Zukunftsprobleme. Die Ergebnisse von HOBRÜCKER,RAMBOW und SCHMITZ legen nahe, in der Verwendung der Daten aus dem Problemfratebogen für Jugendliche neben der Analyse der Rohwerte und der Betrachtung einzelner besonders problematischer Items sogenannte "intraindividuell gewichtete Rohwerte" zu verwenden, in denen die einzelnen Problembereiche in ihrer relativen Bedeutung besser erfaßt werden.

II.2.1.2. Ermittlung der Symptomatik und der auslösenden Bedingungen für Suizidversuche

Die psychopathologische Symptomatik wurde eingeschätzt durch die in der kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik diagnostizierenden Fachkräfte, wobei als Leitlinie für das Erheben eines psychopathologischen Befundes eine Symptomliste mit 40 repräsentativen, d.h. häufiger in der Jugendpsychiatrie vorzufindenden Verhaltens- oder Erlebensauffälligkeiten vorlag. Die Symptomatik wurde sowohl mit Hilfe von Angaben aus der Fremdbefragung (Anamnese über die Jugendlichen, erhoben mit Eltern oder anderen Erziehungspersonen), als auch durch die Verhaltensbeobachtung und Exploration der Patienten ermittelt.
Die Auflistung von psychopathologischen Symptomen läßt zwei Arten von Beurteilung denkbar erscheinen:

a) Quantitativ zeigt sich die Anzahl der Symptome den "Grad der Normabweichung" (SCHMIDT und BECKER 1978), der in seiner Ausprägung auch auf das subjektive Erleben der Probanden im Sinne einer "erlebnismässigen Präsenz der Symptomatik" (PONGRATZ 1973) Rückwirkung hat. Somit könnte man die Symptomzahl quantifiziert handhaben in Form eines "Symptombelastungswerts", wie er z.B. in einer Therapiestudie von SCHMIDTCHEN und HOBRÜCKER (1978) verwendet wurde.

b) Qualitativ kann daneben die Art der Symptomatik Hinweise auf das letztlich vorliegende psychopathologische Syndrom liefern, dies allerdings nur unter Berücksichtigung auch des quantitativen Aspekts der Symptombelastung. So findet sich gerade in der Neurosenlehre die Tendenz zur Differenzierung der Diagnosen anhand von Symptomen. SCHMIDT und BECKER (1978) diskutieren unterschiedliche symptomatologische Klassifikationen und kommen zu dem Schluß:"Nach klinischen Erfahrungen ist damit zu rechnen, daß bei einer Vielzahl von Neurotikern zugleich Symptome aus mehreren Symptomfaktoren vorliegen. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, so wäre zu folgern, daß eine kategoriale Neuroseklassifikation durch eine dimensionale ersetzt werden sollte."

Letztlich - so SCHMIDT und BECKER - müsse es zu einem Syndromprofil kommen, ähnlich dem Intelligenz- oder Persönlichkeitsprofil in der Psychodiagnostik. SCHMIDT und BECKER schlagen eine Klassifikation "psychogener Störungen" anhand zweier Dimensionen vor:

I. Grad der Normabweichung des Verhaltens (Kriterien:"Beeinträchtigung der Funktionstüchtigkeit und des Wohlbefindens; Symptombelastung; Art der notwendigen Behandlung").

II. Dauer des abweichenden Verhaltens.

Unter diesem Aspekt finden sich im Klientel jugendlicher Selbstmordversucher die folgenden Störungsbilder (HOBRÜCKER 1980):

a) Chronifizierte Persönlichkeitsstörungen mit einer meistens stark ausgeprägten neurotisch-depressiven Symptomatik, zusammenfassend als "Depressionen" bezeichnet;

b) chronifizierte Persönlichkeitsstörungen, bei denen eine rein neurotische Symptomatik in geringerer Ausprägung als bei den Depressionen vorzufinden ist. Hier finden sich unter den Suizidalen drei Typen von

Neurotikern: Solche mit dysthymischer Symptomatik, Neurotiker mit ausagierender Symptomatik, schließlich verwahrlosungsgefährdete Neurotiker mit dissozialer Symptomatik;

c) symptomatologisch wenig auffällige Patienten, bei denen aufgrund der - abgesehen von der Suizidhandlung - nur schwach ausgeprägten zusätzlichen Symptomatik schlußfolgernd die Diagnose "Entwicklungskrise" (in Pubertät oder Adoleszenz) gestellt wird, wobei die Suizidhandlung als abnorme Reaktion auf einen kurzfristig krisenhaften Entwicklungsverlauf angesehen wird. Hier finden sich in der spärlich vorhandenen Randsymptomatik Hinweise auf zusätzliche "Verarbeitungsmechanismen" der Krise: depressive (nicht näher klassifizierbar) neurotische sowie dissoziale Symptome.

> Die Problematik in der Verwendung des Krisenbegriffs, die insbesondere in einer Vermengung von Umweltereignissen einerseits und der Reaktion des Individuums hierauf andererseits besteht (REITER und STROTZKA 1977), sei an dieser Stelle nicht weiter diskutiert. Der Verzicht auf diesen ubiquitären Verzicht "Krise", der - so REITER und STROTZKA - eher einem Slogan im soziologischen Sinne nahekommt denn einer klinischen Diagnose, wird offensichtlich in der heutigen klinischen Forschung noch nicht geleistet.

Insofern sollen die in dieser Arbeit gestellten Diagnosen Klassifikationen anhand der aktuellen Symptomatik der Probanden darstellen, wobei das grobe Raster a) Depression, b) neurotische Entwicklung, c) Entwicklungskrise aufgrund der eben beschriebenen Probleme weitergehenden diagnostischen Differenzierungen vorzuziehen ist.

Die Entwicklung der auslösenden Bedingungen für Suizidhandlungen wurde von SCHMITZ (1980 a) vorgenommen. SCHMITZ untersuchte eine Stichprobe (Gesamt-N = 98) von Jugendlichen mit Selbstmordversuchen im Zeitraum 1976/78, die in der jugendpsychiatrischen Poliklinik diagnostisch erfaßt wurden. Das Datenmaterial aus Fremdanamnese und Erstexploration wurde im Hinblick auf auslösende Faktoren für die Suizidhandlung analysiert. Das letztlich oftmals als Motivbündel auftretende Bedingungsgefüge wurde reduziert a) unter dem Aspekt der Aktualität des Auslösers, b) auf ein Schwerpunktmotiv, so daß jedem Probanden nur eine "auslösende Bedingung" zugeordnet wurde.

Die hierin liegende doppelte Fehlerquelle (1. Beschränkung auf Aktualität des Auslösers, 2. Beschränkung auf ein "Hauptmotiv") die in der subjektiven Gewichtung von Datenmaterial aus subjetiven Schilderungen der Probanden besteht, wurde in Kauf genommen zugunsten einer besseren Verarbeitungsmöglichkeit: Datenerfassung durch die Bildung von Kategorien impliziert die Notwendigkeit eindeutiger Zuordnungen (v.CRANACH und FRENZ 1969). Aufgrund der methodischen Schwäche im untersucherischen Vorgehen soll den hier gewonnenen Motivdaten nur eine ergänzende Funktion in der Charakterisierung der suizidalen Problematik Jugendlicher zukommen. Eine weitere Einbeziehung in den statistischen oder interpretativen Bereich der Verarbeitung soll nicht vorgenommen werden.

Es resultieren aus der Untersuchung von SCHMITZ 8 Kategorien, die in einer weiteren Untersuchung (1980 b) an einer vergrößerten Stichprobe erneut Anwendung fanden:

1. Streit mit Vater
2. Streit mit Mutter
3. Streit mit Freund bzw. Partner
4. Streit in der Clique/Verlust der Gruppenintegration
5. Krankheit/seelische Störung
6. Leistungsprobleme
7. Verlust einer geliebten Person
8. "Suizidales Vorbild".

In der Studie von HOBRÜCKER,RAMBOW und SCHMITZ (1980) zeigten fast 60% der Stichprobe weiblicher Selbstmordversucher Konflikte mit signifikanten Bezugspersonen (Kategorien 1,2 oder 3) als wesentlichen Auslöser; ca. 20% zeigten Leistungsprobleme, während nur jeweils ein oder zwei Fälle in den Kategorien 4,5,7 oder 8 vertreten waren.

II.2.2. Stichprobenerhebung und Ablauf der Untersuchung

Im Verlauf des Jahres 1976 zeigte sich, daß die Anmeldungen jugendlicher Patienten mit Suizidhandlungen in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum der Christian-Albrechts-Universität Kiel immer rascher zunahmen. Ende 1976 wurde damit begonnen, neben den üblichen Persönlichkeitsuntersuchungen auch die Problembelastung der Probanden und ihre Motive näher zu erforschen. Dies war der Ausgangspunkt für ein abteilungsinternes Untersuchungsprojekt, welches sich zunächst vor allem mit tiefenpsychologischen Betrachtungen über Entwicklungsbedingungen suizidaler Jugendlicher befaßte (s. Forschungsbericht "Christiana Albertina" 1978). In diesem Zusammenhang zeigte sich die Notwendigkeit, die Jugendlichen mit Suizidversuchen anhand ihrer Persönlichkeitsbilder zu differenzieren.
Entsprechend der Handanweisung des FPI und dem darin dargestellten Geltungsbereich des Verfahrens sollte das Mindestalter für die Persönlichkeitsuntersuchungen auf 15;0 Jahre festgelegt werden. Fünf weibliche Jugendliche, 14;9 bis 14;11 Jahre alt, waren aufgrund ihres - im jugendpsychiatrischen Sinne - psychisch und somatisch akzelerierten Reifestandes (vor allem im Vergleich zu männlichen Probanden dieser Altersklasse) und der Nähe zum kritischen Altersbereich des Testverfahrens ebenfalls geeignet zur Untersuchung. Die Stichprobenerhebung wurde im Frühjahr 1979 bei einem N von 50 abgeschlossen: Bis dahin waren 43 Mädchen und 7 Jungen wegen Suizidhandlungen persönlichkeitspsychologisch diagnostiziert worden.

> Die üblicherweise durchgeführten diagnostischen Maßnahmen in der jugendpsychiatrischen Poliklinik bestehen aus: Tiefenpsychologisch fundierter Anamnese, erhoben mit den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten; Explorationsgespräch mit dem Patienten; körperlicher und neurologischer Untersuchung inklusive einer routinemäßigen EEG-Ableitung. Psychodiagnostisch werden zunächst orientierende, die Exploration unterstützende Verfahren eingesetzt: Gestaltungsverfahren (Baumtest, Mann-Zeichentest), projektive Verfahren, assoziative Verfahren (Satzergänzungen) sowie eine erste orientierende Intelligenzdiagnostik (z.B. Progressive Matrizen von RAVEN).
> Die in der Anamnese deutlich werdende, spezifizierende Fragestellung der Untersuchung leitet dann den Einsatz weiterer Verfahren ein: Beispiele sind hier die Funktionsdiagnostik bei der Frage einer frühkindlichen Hirnschädigung; Intelligenz-,Begabungs- und Konzentrationstests bei Leistungsproblemen; Persönlichkeitstests, Interessentests, Angstskalen usw. bei Problemen im emotionalen und sozialen Bereich.

Ab Ende des Jahres 1976 wurden alle poliklnisch untersuchten Jugendlichen mit dem FPI untersucht, sofern keine Minderbegabung vorlag. Von diesem Zeitpunkt ab wurden alle Jugendlichen, die Suizidhandlungen unternommen hatten, über 14;0 Jahre alt waren und nicht minderbegabt waren, auch mit dem "Problemfragebogen für Jugendliche" untersucht, sofern aufgrund der verlängerten Untersuchungsprozedur ein zweiter Diagnostiktermin möglich war.
In die hier vorgestellte Untersuchung gehen zudem noch Daten aus den Jahrgängen 1975 und 1976 mit ein, sofern das Datenmaterial den für diese Untersuchung notwendigen Anforderungen entspricht.
Auf diese Weise kam es zur Bildung der Kriteriumsstichprobe, bestehend aus

- 50 Jugendlichen, bei denen das FPI zur Anwendung kam;
- 49 Jugendlichen derselben Stichprobe, die im Hinblick auf Motivation und weitere Symptomatik untersucht werden konnten;
- 33 Jugendlichen derselben Stichprobe, die zudem den "Problemfragebogen für Jugendliche" vollständig ausgefüllt hatten.

Zur empirischen Kontrolle der Persönlichkeitsdaten der jugendlichen Selbstmordversucher wurden eine klinische Kontrollgruppe sowie eine Normalkontrollgruppe zusammengestellt. Parallelisierungsgesichtspunkte sollten hier sein: Alter, Geschlechtsverteilung in der Stichprobe sowie Schulbildung (erzielter oder zu erwartender Bildungsgrad des Schultyps).
Die klinische Kontrollgruppe wurde aus dem poliklinischen und stationären Klientel der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammengestellt. Kriterien für eine Aufnahme in die klinische KG waren:
a) das Fehlen suizidaler Verhaltensweisen in der Symptomatik sowie
b) das Geschlecht der Probanden. Es wurden entsprechend der Verteilung in der Kriteriumsstichprobe 43 Mädchen und 7 Jungen ausgewählt. Während bei den Jungen eine Zufallsauswahl getroffen werden konnte, stellen die Daten der Mädchen in der klinischen KG eine aufeinanderfolgende Serie aller ab 1974 persönlichkeitsdiagnostisch mit dem FPI erfaßten klinischen Probandinnen ohne Suizidhandlung dar. Die Stichprobenerhebung für die klinische KG war abgeschlossen im Juni 1979. Die hier vertretenen jugend-

Psychiatrischen Störungsbilder umspannen das gesamte Spektrum der neurotischen Entwicklungen, einschließlich einiger Pubertäts- bzw. Adoleszenzkrisen sowie psychosomatische Störungen.
Die Normalkontrollgruppe wurde im Laufe des Jahres 1979 zusammengestellt, wobei die Altersverteilung in der Kriteriumsstichprobe es notwendig machte, daß insgesamt 114 Schüler aus 5 Schulklassen (zwei 9. Klassen Hauptschule, eine 9. Klasse Realschule, eine 10. Klasse Realschule, eine 9. Klasse Gymnasium) untersucht wurden, damit mindestens 43 Mädchen zur Erstellung der Kontrollgruppe zur Verfügung standen.+)

II.2.3. Methoden der Datenverarbeitung

In der Untersuchung zum Fragenkomplex A, der einen Drei-Gruppen-Vergleich der Persönlichkeitskennwerte erfordert, wird eine einfache Varianzanalyse für unabhängige Stichproben zur Anwendung kommen (HOFSTÄTTER und WENDT 1967). Demzufolge wird die Varianzhomogenität mit Hilfe des BARTLETT-Tests durchzuführen sein, im Falle erwiesenerHomogenität werden die Mittelwertverteilungen der Stichprobe mit dem F-Bruch überprüft.

> Für den Fall, daß bereits der BARTLETT-Test eine signifikante Varianzinhomogenität innerhalb der Stichproben aufweist, sollen paarweise Stichprobenvergleiche Aufschluß darüber geben, welche Stichprobenparameter am weitesten auseinanderliegen und somit den größten Beitrag zur Varianzinhomogenität leisten. Verfahren sollen hier der t-Test für unabhängige Stichproben bzw. diesem vorgeschaltet der F-Test sein.

Die Untersuchung des Fragenkomplexes B erfordert eine Gruppierung von Personen anhand von Merkmalen. Hierzu wurde als taxometrisches Verfahren eine "Clusteranalyse nach dem Kriterium der Varianzminimierung" von WARD (ROLLETT und BARTRAM 1976; TÜCKE 1976) angewendet. Bei diesem Verfahren werden Merkmalskombinationen, die in Form von Meßdaten vorliegen, schrittweise zusammengefaßt. "Die Zusammenfassung erfolgt so, daß dabei eine Beurteilungsgröße, die wir Fehlerwert nennen, bei jeder Zusammen-

+) An dieser Stelle sei Herrn Sonderschullehrer B.TISCHLER sowie Herrn Realschullehrer M.JASTER für die wertvolle Hilfe bei der Untersuchung der Schulklassen herzlich gedankt.

fassung möglichst gering gehalten wird" (ROLLETT und BARTRAM ebd.). Das durch weitere Zusammenfassung unterschiedliche Ansteigen des Fehlerwertes liefert Anhaltspunkte dafür, an welcher Stelle der Clusterungsprozeß abgebrochen werden sollte. Die Entscheidung über den Abbruch der Clustersuche bzw. des Gruppierungsprozesses stellt das subjektive Element der meisten Clusteranalysen dar. Statistische Prüfverfahren müssen hier Aufschluß über die Qualität des Clusterungsprozesses geben. Diese können bei größeren Stichproben Varianzanalyse oder Diskriminanzanalyse sein. Im hier vorliegenden Fall, wo es um die Untergruppenbildung aus einer Stichprobe von 50 Probanden geht, werden die gefundenen Clusters paarweise gegeneinander getestet, wobei als Prüfverfahren der parameterfreie U-Test von MANN-WHITNEY (SIEGEL 1956) verwendet wurde. Clusteranalyse und die Signifikanzprüfungen wurden maschinell auf einer HONEYWELL-BULL-Anlage durchgeführt, das Programm für die Clusteranalyse wurde dem Artikel von TÜCKE (1976) entnommen und entsprechend modifiziert.

Alle Prüfverfahren, die zur Beantwortung des Fragenkomplexes C dienen und über Zusammenhänge zwischen gefundenen Typen und Problembelastung oder Symptomatik Aufschluß geben sollen, sind parameterfrei. Zur Anwendung kommen hier insbesondere der H-Test von KRUSKAL-WALLIS (SIEGEL 1956) sowie das Vierfelder-Chi-Quadrat bzw. als Maß des Zusammenhanges der hieraus zu bildende Phi-Koeffizient (HOFSTÄTTER und WENDT 1967).

II.3. Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in eine Beschreibung der Kriteriumsstichprobe (II.3.1.) zunächst anhand der psychopathologischen Daten, worauf eine Kategorisierung und Darstellung der Anlässe für Suizidhandlungen folgt. Die Daten aus den FPI-Untersuchungen werden in diesem Zusammenhang zunächst im Vergleich zur Eichstichprobe des Fragebogens vorgestellt, ebenso wird mit den Daten aus dem "Problemfragebogen für Jugendliche" (ab hier abgekürzt: PfJ) verfahren. In den Abschnitten II.3.2. erfolgt dann die weitergehende Analyse der Persönlichkeitsdaten im Drei-Gruppen-Vergleich, welcher das Kernstück des verallgemeinernden Untersuchungsteils darstellt.
Nach der Zusammenfassung der Ergebnisse zum Fragenkomplex A (II.3.3.) erfolgt die clusteranalytische Gruppierung der Probanden zur Untersuchung der Fragestellung B (II.3.4.). Hier wird zunächst eine Clusteranalyse der jugendlichen Selbstmordversucher anhand der Persönlichkeitskennwerte durchgeführt, anschließend eine Clusteranalyse der gesamten klinischen Stichprobe, bestehend aus Jugendlichen mit Selbstmordversuchen und klinischen Kontrollpatienten. Schließlich soll noch eine taxometrische Gruppierung der FPI-Skalen über alle 100 klinischen Patienten vorgenommen werden, um die gefundenen Gruppen noch einmal anhand größerer Variablenbereiche von Persönlichkeitseigenschaften vergleichen zu können.
Unter II.3.5. erfolgt eine differentielle Betrachtung der symptomatologischen Klassifikation und der Problembelastungen unter dem Ordnungsgesichtspunkt clusteranalytischer Personengruppierung in der Stichprobe der jugendlichen Selbstmordversucher (betreffend den Fragenkomplex C). Anschließend werden die Ergebnisse aus dem klassenbildenden Untersuchungsansatz zusammengefaßt (II.3.6.).

II.3.1. Beschreibung der Kriteriumsstichprobe

II.3.1.1. Symptomatologie und Diagnosen

Die Auswertung von Symptomdaten anhand einer Liste von 40 möglichen Symptomen im Verhaltens- und Erlebensbereich erfolgt zunächst anhand der Auftretenshäufigkeit. In Tabelle 1 sind die Symptome mit einer Mindesthäufigkeit von 5 in der Stichprobe von 47 der 50 Jugendlichen mit Selbstmordversuchen erfaßt. (Über die Symptome mit geringerer Häufigkeit gibt Anhang I Aufschluß) Die restlichen 3 Patienten waren anamnestisch

nicht genügend zu erfassen, um einen Überblick über die Symptomatik zu bekommen.

Tabelle 1

	f	f%
Stimmungslabilität	25	53,2
soziale Isoliertheit	20	42,6
allg. Ängstlichkeit	18	38,3
Versagen in Schule/Lehrstelle	17	36,2
Passivität, Initiativelosigkeit	16	34,0
Kopfschmerzen mehrmals im Monat	16	34,0
Eßstörungen: Gier	13	27,7
Einschlafstörungen	13	27,7
Alhoholabusus über längere Zeit (Monate)	12	25,5
Fortlaufen	11	23,4
Nägelkauen	10	21,3
dauernde Verstimmtheit	10	21,3
Eßstörungen: Unlust	9	19,1
Magenschmerzen mehrmals im Monat	8	17,0
Durchschlafstörungen	6	12,8
sexuelle Ängste	6	12,8
gehäuftes Fernbleiben von Schule / Lehrstelle	6	12,8
Tablettenabusus über längere Zeit	5	10,6
Diebstahl	5	10,6

Tabelle 1 : Symptomhäufigkeiten in der Stichprobe der Jugendlichen mit Selbstmordversuchen

Von der Auftretenshäufigkeit her dominieren Symptome einer allgemeinen Dysthymie. Leistungsprobleme, psychovegetative Belastungszeichen sowie Symptome einer "oralen Fixierung" sind die nächstbedeutsamen Störungen.

Zwangssymptome im engeren Sinne waren nicht feststellbar, Symptome hysterischer Konversion lediglich in 4 Fällen (s. Anhang I). Im Bereich der Aggression finden sich in dieser Stichprobe weder vermehrt nach außen gerichtete aggressive Tendenzen noch besonders auffallend autoaggressive Tendenzen, wie es von der Phänomenologie des Leitsymptoms "Selbstmordversuch" unter bestimmten theoretischen Voraussetzungen eigentlich zu erwarten wäre. Lediglich das - ätiologisch allerdings multifaktorielle - Nägelkauen findet sich als schwacher Hinweis auf eine solche Problematik in 21,3% der Fälle.

Unter dem Aspekt der Symptombelastung ist in Tabelle 2 die Verteilung der Symptomhäufigkeiten auf die einzelnen Probanden in der Kriteriumsstichprobe aufgelistet. Die Streubreite der Symptombelastung (unter Auslassung des Leitsymptoms "Selbstmordversuch") beträgt 12 (f = 1-13), die durchschnittliche Symptombelastung beträgt 6,19 bei einer Standardabweichung von 3,17.

f (Symptome)	n	%
1 - 3	10	21,3
4 - 6	17	36,2
7 - 9	10	21,3
10 +	10	21,3
Summe	47	

Tabelle 2 : Verteilung der Symptomhäufigkeiten in der Kriteriumsstichprobe

Die aus den Symptomen resultierenden Diagnosen werden entsprechend der Klassifikation unter folgenden Aspekten erstellt:

(Entwicklungs-) "Krise": Symptomzahl und Symptomart weisen auf das Vorliegen einer nur geringgradigen Belastung mit neurotischen Symptomen hin.

"Neurose": Symptome aus dem psycho-vegetativen, dem Stimmungsbereich und dem Verhaltensbereich legen die Diagnose "Neurose" nahe, wenn a) allein schon Häufigkeit und Art der Symptome zur Ausbildung eines "Störungsbewußtseins" (PONGRATZ 1973) beitragen; wenn darüber hinaus b) die Kombination der Symptome nicht die Diagnose "Depression" nahelegt (s.d.).

"Depression": Die Diagnose Depression soll dann gestellt werden, wenn die Kombination der Symptome gehäuft auf traurige Verstimmtheit, Passivität und Initiativeverlust bis zur Apathie, auf Tendenzen zur Regression evtl. in "orale" Symptome oder multiple vegetative bzw. physiologische Störungen hinweisen,wobei letztere nach BECK (1979) bei der Depression insbesondere in Störungen des Appetits, des Schlafes und des Sexualtriebes bestehen. In diese Diagnose gehen ein die theoretischen Überlegungen zu Syndrombeschreibungen von SCHMIDT und BECKER (1978), SELIGMANs (1979) sowie MALMQISTs (1977) Beschreibung des depressiven Syndroms im Kindesalter.

Tabelle 3 zeigt die Zusammenhänge zwischen Symptombelastung und Diagnose sowie die Häufigkeit der Diagnosen in der Kriteriumsstichprobe.

	Diagnose		
Symptomzahl	"Krise"	"Neurose"	"Depression"
1	1		
2	4		
3	5		
4	2	3	2
5		4	
6		5	1
7		5	
8		3	
9		2	
10		2	2
10 +		2	4
Summe	12	26	9

Tabelle 3 : Symptomzahl und Diagnose bei 47 Jugendlichen nach Selbstmordversuchen.

Bei 12 der 47 (25,5%) symptomatologisch erfaßten Selbstmordversuchern wurden Entwicklungskrisen diagnostiziert, 26 Patienten (55,3%) zeigten von der Symptomkombination her Neurosen, in 9 Fällen (19,1%) wurde die Diagnose "Depression" gestellt. Aus Tabelle 3 ist zu entnehmen, daß die Diagnose "Krise" grundsätzlich mit geringer Symptombelastung kovariiert. Neurosen und Depressionen dagegen treten mit relativ breit gestreuten Symptomhäufigkeiten auf, wenn auch in 6 der 9 Fälle diagnostizierter Depression besonders hohe Symptomzahlen (10 oder mehr Symptome) vorzufinden sind. Im äußeren Erscheinungsbild stellen die letztgenannten Störungen zweifellos auch die schwersten Persönlichkeitsbeeinträchtigungen dar, da die "vitalen Funktionen" deutlicher eingeschränkt sind als bei den anderen psychogenen Störungen.

II.3.1.2. Anlässe für Suizidhandlungen

Die aus Fremdanamnese- und Explorationsdaten an 49 der 50 Jugendlichen nach Selbstmordversuchen gewonnenen Anlässe für die Suizidhandlungen sind in Tabelle 4 aufgelistet.

	f	f%
Streit mit Vater	6	12,2
Streit mit Mutter	8	16,2
Streit mit Geschwistern	1	2,0
Streit mit Freund/Partner	12	24,5
Verlust der Gruppenintegration	3	6,1
Krankheit/seelische Störung	5	10,2
Leistungsprobleme	10	20,4
Verlust der geliebten Person	3	6,1
"suizidales Vorbild"	1	2,3
Summe	49	

Tabelle 4 : Anlässe für Selbstmordversuche bei 49 Pbn der Kriteriumsstichprobe

Die Ergebnisse zeigen, daß in ca. 30% der Fälle eine innerfamiliäre Auseinandersetzung auslösende Bedingung für den Selbstmordversuch war; ebenso häufig erweisen sich Konflikte mit einem oder mehreren Gleichaltrigen als der wesentliche Anlaß (wobei zwischen endgültigem Verlust der Partnerschaft oder der Gruppenintegration einerseits und als drohender Verlust erlebten Konflikten andererseits nicht unterschieden wurde); mit einigem Abstand in der Auftretenshäufigkeit folgen Leistungsprobleme (20,5%) und das Leiden unter körperlicher Krankheit bzw. seelischer Störung (ca. 10%). In drei Fällen war der Verlust einer geliebten Person durch Tod oder Scheidung der Eltern ausschlaggebend, während ein Mädchen angab, die ausführliche Schilderung des Selbstmordes eines Pop-Idols in einer sog. Jugendzeitschrift habe sie zu ihrer Handlung bewogen, damit sie ihrem Idol "näher sein" könne.

II.3.1.3. Persönlichkeitsdaten

Als Persönlichkeitsdaten der Kriteriumsstichprobe seien an dieser Stelle die standardisierten FPI-Kennwerte vorgestellt. Da in der Stichprobe der suizidalen Jugendlichen beide Geschlechter vertreten sind, soll als normative Bezugsgruppe die gesamte Eichstichprobe des FPI (N = 630) herangezogen werden, unabhängig von Geschlecht und Alter. Dies hat u.a. den Vorteil, daß die Anwendung feinerer Normen (Standard-T-Werte gegenüber Stanines) aufgrund des größeren N der Eichstichprobe gerechtfertigt ist. Tabelle 5 zeigt die Stichprobenparameter der jugendlichen Selbstmordversucher.
Die Signifikanzprüfung erfolgt über die kritische Differenz für FPI-Skalenwerte (FAHRENBERG et al. 1978).

	FPI-Skala	$\bar{x}$	s	Signifikanz
1	("Nervosität")	55,52	10,63	n.s.
2	("Spontane Aggressivität")	56,78	7,33	n.s.
3	("Depressivität")	63,92	10,16	1%
4	("Erregbarkeit")	54,16	11,23	n.s.
5	("Geselligkeit")	48,18	13,71	n.s.
6	("Gelassenheit")	38,98	10,89	(10%)
7	("Reaktive Aggressivität, Dominanzstreben")	49,80	10,16	n.s.
8	("Gehemmtheit")	58,20	11,06	n.s.
9	("Offenheit")	54,64	7,56	n.s.
E	("Extraversion")	51,08	11,98	n.s.
N	("Emot. Labilität")	60,54	10,26	(10%)
M	("Maskulinität")	42,24	8,98	n.s.

Tabelle 5 : Mittelwerte und Standardabweichungen der Persönlichkeitsdaten von 50 Jugendlichen nach Selbstmordversuchen (Standard-T-Werte)

Die Tabelle zeigt, daß insbesondere in der Skala 3 des FPI starke Abweichungen vom Mittelwert der Eichstichprobe (T = 50) bestehen, tendenziell darüber hinaus in den Skalen FPI 6 und FPI N . Demzufolge zeigen jugendliche Selbstmordversucher vergleichsweise hohe Ausprägungen der Depressivitätswerte sowie der Werte für emotionale Labilität; die

Mittelwerte in der Skala 6 "Gelassenheit" sind dagegen tendenziell niedriger als in der Eichstichprobe.

In Tabelle 6 nun soll die Frage möglicher geschlechtsspezifischer Einflüsse auf die Benatwortung der Items untersucht werden. Die Daten der 43 Mädchen aus der Kriteriumsstichprobe werden in ihrer Verteilung denen der 7 männlichen Jugendlichen nach Selbstmordversuchen verglichen. Prüfverfahren sei hier der parameterfreie U-Test von MANN-WHITNEY (SIEGEL 1956).

FPI-Skalen	$\bar{x}$ Mädchen	$\bar{x}$ Jungen	U	z	Signifikanz
1	56,3	50,6	214,5	1,79	n.s.
2	58,2	59,3	114	- 1,02	n.s.
3	64,3	61,3	198	1,33	n.s.
4	55	49,0	192	1,16	n.s.
5	48,1	48,7	159	0,24	n.s.
6	38,1	44,7	91	- 1,66	n.s.
7	49,4	52,3	130,5	- 0,56	n.s.
8	58,5	56,1	174,5	0,67	n.s.
9	54,9	53,0	166,5	0,45	n.s.
E	50,8	52,9	140	0,29	n.s.
N	61,5	54,9	226	2,11	5%
M	41,4	47,4	90	- 1,69	n.s.

Tabelle 6 : Überprüfung der Persönlichkeitskennwerte auf geschlechtsspezifische Gruppendifferenzen

In der Skala FPI N sind die Kennwerte der Mädchen signifikant höher als die der Jungen. Ansonsten ergibt sich kein weiterer Hinweis darauf, daß die Persönlichkeitsdaten in der Kriteriumsstichprobe aus geschlechtstypisch differenten Grundgesamtheiten stammen. Somit erscheint es statthaft, im weiteren Verlauf der Untersuchung die geschlechtsspezifischen Einflüsse auf die Persönlichkeitsstatistiken zu vernachlässigen, zumal allein probabilistischen Erwägungen zufolge schon unter 20 Signifikanzprüfungen eine 5%ige Signifikanz aufzutreten hätte.

II.3.1.4. Daten aus dem "Problemfragebogen für Jugendliche" (PfJ)

27 Mädchen und 6 Jungen bilden die Teilstichprobe der suizidalen Jugendlichen, die mit dem PfJ untersucht wurde. Die in der Handanweisung des Fragebogens angegebenen Prozentrang-Normen sind zur weiteren statistischen Verarbeitung nicht geeignet, da sie keinen linearen Verrechnungsmaßstab bieten, sondern als Prozentränge eine Flächentransformation darstellen (LIENERT 1967).
Aus diesem Grund werden in Tabelle 7 die Kennwerte der Eichstichprobe nur zum Vergleich der Verteilungsmaße herangezogen. Die Gruppendaten der 6 Jungen werden hier vernachlässigt.

Skala	Kriteriumsstichprobe				Eichstichprobe des PfJ Mädchen	
	$\bar{x}$		$\bar{s}$		$\bar{x}$	$\bar{s}$
1. Meine Schule	48,04	(45,91)	17,31	(17,17)	35,1	17,4
2. Nach der Schulzeit	60,55	(60,97)	24,41	(24,39)	38,8	23,8
3. Über mich selbst	63,19	(60,54)	21,45	(21,09)	38,2	20,7
4. Ich und die anderen	54,33	(53,42)	19,40	(20,58)	40,9	23,0
5. Zu Hause	56,37	(54,18)	28,52	(27,16)	30,1	23,8
6. Jungen und Mächen	22,7	(22,91)	15,68	(15,64)	29,9	21,3
7. Gesundheit	29,26	(26,67)	13,99	(14,03)	18,9	11,9
8. Allgemeines	46,67	(44,58)	21,58	(20,7)	35,1	22,4
Total	381,1	(369,1)	125,34	(121,54)	(nicht angegeben)	

Tabelle 7: Rohwerte von 27 Mädchen nach Suizidhandlungen im Vergleich zur Eichstichprobe des PfJ.

Die aus Tabelle 7 ersichtlichen Werte in Klammern kennzeichnen die Stichprobenparameter aller mit dem PfJ erfaßten Probanden (N = 33)

Abgesehen von den Kennwerten in Skala 6 ("Jungen und Mädchen") weisen die Daten in jedem Problembereich wesentlich höhere Mittelwerte bei ungefähr entsprechenden Streuwerten auf. Somit läßt sich - bei unterstellter hinreichender Validität des PfJ - bei Mädchen mit Selbstmordversuchen von einer generell erhöhten Problembelastung sprechen, mit Ausnahme der Beziehung zu Jungen.

> Dieses letztgenannte Einzelergebnis dürfte zu Lasten des Alters des Fragebogens gehen: Viele der in den Items der Skala 6 angesprochenen Probleme mögen in den Fünfzigerjahren einen Jugendlichen zum Nachdenken veranlaßt haben, sie erscheinen heute irrelevant (Beispiele:"Ist es richtig, mit einem Jungen auszugehen, den man noch nicht lange kennt ?"; "Wie lange sollte man einen Jungen kennen, ehe man ihm das 'Du' anbietet ?").

Die Ermittlung intraindividuell gewichteter Rohwerte (s.S.37) zur Feststellung der Problemstruktur erfolgt über die Formel:

$$\text{Intraindividueller Rohwert} = \frac{\text{numerischer Rohwert x } 10.000}{\text{Itemzahl der Skala x Gesamtrohwert}}$$

Die in der Kriteriumsstichprobe ermittelten Parameter auf der Basis der intraindividuell gewichteten Rohwerte zeigt Tabelle 8. Aufgeführt sind außerdem die durchschnittlichen intraindividuellen Rangplätze der einzelnen Problembereiche, die sich aus den gewichteten Rohwerten ableiten lassen und letztlich den durchschnittlichen Stellenwert der einzelnen Problembereiche verdeutlichen.

Skala	Intraindividuell gewichtete Rohwerte $\bar{x}$	$\bar{s}$	Problembereich-Rangplätze (gemittelt)
1. Meine Schule	31,61	8,14	4,61
2. Nach der Schulzeit	40,8	14,42	3,32
3. Über mich selbst	37,84	8,36	3,06
4. Ich und die anderen	31,43	8,64	4,64
5. Zu Hause	32,81	13,17	4,2
6. Jungen und Mädchen	19,67	10,86	6,65
7. Gesundheit	27,0	10,4	5,5
8. Allgemeines	33,4	10,71	4,0

Tabelle 8 : Intraindividuelle Problemgewichtung bei 33 Jugendlichen nach Suizidversuchen

Die durchschnittlich stärkste Bedeutung unter den Problembereichen nimmt mit relativ geringer Streuung die Skala 3 "Über mich selbst" ein. Hierauf folgt - bei erheblich größerer Streuung - die Skala 2 "Nach der Schule". Hierauf folgt die Skala 8 "Allgemeines", in deren Items überwiegend Probleme der religiösen Orientierung und ethischer Grundwerte angesprochen werden. Der Problembereich "Zu Hause" (Skala 5) nimmt bei relativ großer Streuung durchschnittlich Platz 4 ein. Probleme in der Schule (Skala 1) und im Umgang mit Gleichaltrigen (Skala 4) folgen in etwa gleichauf, während der Auseinandersetzung mit körperlichen bzw. gesundheitlichen Problemen (Skala 7) sowie Problemen in der Partnerschaftsfindung (Skala 6) eine relativ geringe Bedeutung zugewiesen wird.
Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit denen der Studie von HOBRÜCKER, RAMBOW und SCHMITZ (1980) zeigt, daß die Skala 3 im Vergleich zur Skala 2 einen noch höheren Stellenwert einnimmt, so daß die Auseinandersetzung mit der eigenen Person im Durchschnitt bei der hier vorgestellten

Kriteriumsstichprobe im Vergleich zur Orientierung an Zukunftsproblemen vorrangig ist, während sie in der Studie über 35 weibliche Jugendliche mit Suizidversuchen direkt auf die Probleme "Nach der Schule" folgt. Ansonsten entsprechend die Ergebnisse einander. Die dort vorgestellte Normal-Kontrollgruppe, bestehend aus 27 Mädchen, wies dem Problem "Nach der Schule" den höchsten Stellenwert zu, gefolgt von den aktuellen schulischen Problemen (Skala 1), wobei letztere bei klinisch auffälligen Probanden generell eine geringere Rolle zu spielen scheinen. Darüber hinaus, in Diskrepanz zu den Daten der Normal-Kontrollgruppe, werden den religiösen bzw. ethischen Problemen sowie den innerfamiliär erlebten Problemen in beiden klinischen Stichproben bedeutsamere Positionen zugewiesen.

II.3.2. Persönlichkeitsmerkmale im Drei-Gruppen-Vergleich

Der hier vorgestellte Untersuchungsgang dient der Beantwortung der Fragestellung A . Es werden hier die Probanden der Kriteriumsstichprobe als einheitliche Gruppe betrachtet und 2 Kontrollgruppen gegenübergestellt (verallgemeinernde Fragestellung). Als statistisches Prüfverfahren soll zunächst eine einfache Varianzanalyse durchgeführt werden, wobei die Voraussetzung für die Durchführbarkeit, nämlich die Varianzhomogenität der Gesamtstichprobe, mit Hilfe des BARTLETT-Tests (s.z.B. LIENERT 1967) überprüft wird. Im Anschluß hieran sollen paarweise Gruppenvergleiche mit F-Test und t-Test durchgeführt werden. Zunächst werden jedoch die Stichproben im Hinblick auf die Paralellisierungskriterien überprüft.

II.3.2.1. Parallelisierung der Stichproben

Kriterien für die Parallelisierung waren: Geschlecht, Alter und Bildungsstatus. Die Geschlechterverteilung in allen 3 Stichproben ist: 43 weibliche Probanden gegenüber 7 männlichen Probanden.
Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Altersklassen in den Stichproben.

	Alter					
	14-14;11	15-15;11	16-16;11	17-17;11	18+	$\bar{x}$
Kriteriums-stichprobe	5	19	15	10	1	15,72
Klinische KG	2	18	14	12	4	16,06
Normal-KG	3	28	16	2	1	15,4

Tabelle 9 : Altersverteilung in der Untersuchungsstichprobe

Im Vergleich der 3 Stichproben zueinander besteht im Hinblick auf die Altersverteilung eine mit 10% Signifikanz ungleiche Verteilung (Chi-Quadrat für mehrere unabhängige Stichproben: 14,223 bei df = 8). Im Vergleich der Kriteriumsstichprobe mit den beiden Kontrollgruppen ergeben sich jeweils keine signifikanten Altersdifferenzen. Hingegen ist

im Vergleich der klinischen KG und der Normal-KG eine 5%ige Signifikanz der Mittelwertsdifferenzen (Chi-Quadrat: 4,84 bei df = 2) festzustellen. Die Unterschiedsprüfung fällt jedoch aufgrund der vergleichsweise engen Intervallbildung (jeweils 1 Jahr bedeutet einen Intervallschritt) recht streng aus: Zweifellos sind alle hier erfaßten Probanden als "Jugendliche" anzusehen.
Tabelle 10 zeigt die Verteilung des Bildungsstatus in den 3 Stichproben. Unter "Bildungsstatus" sei hier wahlweise sowohl der bereits erzielte als auch der zu erwartende Schulabschluß zu verstehen, so daß z.B. Lehrlinge anhand des von ihnen erzielten Schulabschlusses eingestuft werden.

	So	Ha	Re	Gy
Kriteriumsstichprobe	3	18	16	13
Klinische KG	1	13	14	22
Normal-KG	-	21	16	13

Tabelle 10: Verteilung des Bildungsstatus in den Untersuchungsstichproben

Im Hinblick auf den Bildungsstatus ergeben sich im Vergleich der Stichproben zueinander keine statistisch bedeutsamen Verteilungsunterschiede (Chi-Quadrat : 7,1105 bei df = 6), wenn auch innerhalb der klinischen KG Gymnasiasten vergleichsweise überrepräsentiert zu sein scheinen, letzteres vor allem zu Lasten der Hauptschüler in dieser KG.

Unter dem Gesichtspunkt der gewählten Kriterien können die 3 Untersuchungsstichproben als hinreichend parallel angesehen werden.

II.3.2.2. Varianzanalyse der Persönlichkeitsdaten

Tabelle 11 zeigt die Stichprobenparameter auf der Basis der Standard-T-Werte unter Einschluß auch der bereits in Tabelle 5 aufgeführten Parameter der Kriteriumsstichprobe.

FPI-Skala		Versuchs-gruppe	Klinische KG	Normal-KG	Prüfung der Varianz-homogenität	Sign.	F-Bruch	Sign.
1	$\bar{x}$	55,52	54,78	48,30	B = 6,981	5%	entfällt	-
	s	10,63	9,10	7,28				
2	$\bar{x}$	56,78	55,42	55,04	B = 0,0689	n.s.	F = 0,806	n.s.
	s	7,33	7,19	7,10				
3	$\bar{x}$	63,93	60,00	51,76	B = 2,407	n.s.	F =35,66	1%
	s	10,16	8,17	8,98				
4	$\bar{x}$	54,16	54,08	48,54	B =14,316	1%	entfällt	-
	s	11,23	8,42	9,81				
5	$\bar{x}$	48,18	48,14	56,18	B = 6,391	5%	entfällt	-
	s	13,71	13,22	8,33				
6	$\bar{x}$	38,98	41,14	48,42	B = 7,337	5%	entfällt	-
	s	10,89	8,61	7,46				
7	$\bar{x}$	49,80	47,64	49,40	B = 3,914	n.s.	F = 0,789	n.s.
	s	10,16	8,76	8,33				
8	$\bar{x}$	58,20	58,00	51,84	B = 7,128	5%	entfällt	-
	s	11,06	8,63	9,40				
9	$\bar{x}$	54,64	54,48	54,22	B = 1,594	n.s.	F = 0,102	n.s.
	s	7,56	8,34	9,29				
E	$\bar{x}$	51,08	49,36	54,64	B =14,955	0,1%	entfällt	-
	s	11,98	11,22	7,96				
N	$\bar{x}$	60,54	58,40	50,80	B =27,929	0,1%	entfällt	-
	s	10,26	8,48	10,01				
M	$\bar{x}$	42,24	43,30	52,12	B =46,040	0,1%	entfällt	-
	s	8,98	8,87	6,29				

Die Tabelle 1 zeigt, daß in 8 der 12 FPI-Skalen der Prozeß der Varianzanalyse bereits mit dem BARTLETT-Test zu beenden ist, da die Inhomogenität der Varianzen innerhalb der Stichproben einen weitergehenden 3-Gruppen-Vergleich zwischen den Stichproben nicht zuläßt.
Ein sehr signifikanter Unterschied der Stichprobenparameter findet sich in FPI 3 ("Depressivität"). In den Skalen FPI 2, 7 und 9 dagegen führt die Varianzanalyse zu keiner Stichprobendifferenz von statistischer Bedeutsamkeit, worauf auch schon die numerische Ähnlichkeit der Stichprobenparameter in diesen Skalen hinweist. Somit hat der Stichprobenvergleich zum Ergebnis, daß im Hinblick auf das Persönlichkeitsmerkmal Depressivität, erfaßt mit der FPI-Skala 3, die drei Untersuchungsstichproben unterschiedlichen Grundgesamtheiten entstammen.
Der relativ häufige vorzeitige Abbruch der Varianzanalyse deutet darauf hin, daß zwischen den Stichproben Unähnlichkeiten derart bestehen, daß ein paarweiser Gruppenvergleich näheren Aufschluß über die Ursache der Stichprobeninvarianz geben kann.

II.3.2.3. Paarweise Gruppenvergleiche

In Tabelle 12 sind die Ergebnisse des paarweise durchgeführten Stichprobenvergleichs aufgeführt. In den Fällen, in denen bereits eine Varianzprüfung mit dem F-Test zu signifikanten Gruppendifferenzen führt, werden die Daten des vorgeschalteten F-Tests angegeben; in den Fällen, in welchen der t-Test signifikante Gruppendifferenzen zum Ergebnis hat, wird die Größe von t genannt.

	Stichprobenvergleiche		
	1 - 2	1 - 3	2 - 3
FPI 1		F = 2,13 (5%)	t = 3,93 (1%)
FPI 2			
FPI 3	t = 2,13 (5%)	t = 6,34 (1%)	t = 4,80 (1%)
FPI 4	F = 1,807 (5%)	t = 2,664 (1%)	t = 3,029 (1%)
FPI 5		F = 2,708 (1%)	F = 2,519 (1%)
FPI 6		F = 2,131 (5%)	t = 4,518 (1%)
FPI 7			
FPI 8		t = 3,098 (1%)	t = 2,827 (1%)
FPI 9			
FPI E		F = 2,265 (1%)	F = 1,987 (5%)
FPI N		t = 4,80 (1%)	t = 4,095 (1%)
FPI M		F = 2,038 (5%)	F = 1,99 (5%)

Tabelle 12: Paarweise Signifikanzprüfung der Persönlichkeitsparameter (t-Test bzw. F-Test)

Stichprobe 1 : Kriteriumsstichprobe
Stichprobe 2 : Klinische KG
Stichprobe 3 : Normal KG

Die hier ermittelten Ergebnisse bestätigen das Resultat der Varianzanalyse : In FPI 3 unterscheiden sich die Gruppenparameter in allen 3 Fällen des Vergleichs. In FPI 2, 7 und 9 dagegen finden sich keinerlei Gruppendifferenzen. Über das Ergebnis der Varianzanalyse hinaus zeigt sich in der Skala FPI 4 (wo bereits der BARTLETT-Test den Abbruch der Varianzanalyse provozierte), daß zwischen der Kriteriumsstichprobe und der klinischen KG Unterschiede in den Varianzen bestehen: Die Merkmalsvarianz betreffend die Persönlichkeitseigenschaft "Erregbarkeit" ist bei den Jugendlichen mit Selbstmordversuch wesentlich höher als in der Kontrollgruppe jugendpsychiatrisch anderweitig auffälliger Probanden.
In insgesamt sieben FPI-Skalen (FPI 1,5,6,8,E,N,M) zeigt sich, daß bedeutsame Parameterdifferenzen zwischen der Normal-KG und jeder der beiden klinisch auffälligen Stichproben bestehen, daß gleichzeitig in diesen Skalen die Daten der Kriteriumsstichprobe und der klinischen KG statistisch nicht voneinander zu trennen sind.

In Verbindung mit Tabelle 11 gibt Tabelle 12 ferner Aufschluß darüber, daß die statistisch signifikanten Differenzen der Kriteriumsstichprobe zu jeweils einer Kontrollgruppe in sieben der elf Fälle aufgrund größerer V a r i a n z e n in der Stichprobe der suizidalen Jugendlichen auftreten. Hingegen unterscheidet sich die klinische KG lediglich in drei Fällen von der Normal-KG durch größere Merkmalsvarianz; in der Skala FPI 4 dagegen zeigt sie signifikant geringere Varianzwerte als die Kriteriumsstichprobe.

Will man ein Fazit hinsichtlich eines statistischen Methodenvergleichs ziehen, so haben die Varianzanalyse und die paarweise durchgeführten Gruppenvergleiche zum Ergebnis, daß die Stichprobenparameter der jugendlichen Selbstmordversucher sich vor allem in den Depressivitäts- und Erregbarkeitswerten von den Parametern der Kontrollgruppen abheben. Daneben fällt auf, daß sich im paarweise durchgeführten Stichprobenvergleich die Normal-KG deutlicher von den beiden klinischen Stichproben abgrenzt als die beiden klinischen Stichproben voneinander.

II.3.3. Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem verallgemeinernden Untersuchungsansatz (betreffend den Fragenkomplex A)

Den erhobenen Daten zufolge haben wir es bei der Gruppe der Jugendlichen nach Suizidversuchen mit einer klinisch auffälligen Probandengruppe zu tun: Symptomatologisch und diagnostisch zeigt sich in etwa 75% der Fälle eine chronifizierte psychische Störung, die zu etwa einem Drittel spezifizierend als Depression, zu etwa zwei Drittel als Neurose zu kennzeichnen wäre. Etwa ein Drittel der Fälle wurde - bei schwächer ausgeprägter Symptomatik - als "Krisen" diagnostiziert. Inhaltlich zeigen die Symptome eine Schwerpunktbildung im Bereich dysthymischer Störungen (EYSENCK 1957), so daß depressive Neurosen und Angstneurosen unter symptomatologischen Kriterien wesentlich mehr Anteile an der Stichprobenbildung haben als z.B. Zwangssyndrome oder hysterische Störungen.

Unter den "Anlässen" für suizidale Handlungen dominieren - wie auch in einer weiteren Studie von SCHMITZ (1980) an einer größeren Stichprobe eruiert - Konfliktmotive, wobei innerfamiliär erlebte Konflikte zusammen mit Konflikten in der Gruppe Gleichaltriger insgesamt über die Hälfte aller Anlässe im engeren Sinne bilden. Ein weiterer Schwerpunkt zeigt sich bei den Leistungsproblemen, die in etwa jedem fünften Fall ausschlaggebend für die Suizidhandlung waren.

> Die hier aufgezeigte Problematik, die in der Boulevardpresse oft unter der Rubrik "Schülerselbstmord" abgehandelt wird, wird von POHLMEIER (1980; siehe auch HOBRÜCKER,RAMBOW und SCHMITZ 1980) als eher vordergründiges Motiv angesichts massiver psychischer Belastungen, die aus innerfamiliären Problemen resultieren, angesehen. Insofern können auch bei diesen Probanden durchaus Konfliktsituationen oder chronifizierte Konflikte die "eigentliche" Belastung des Jugendlichen darstellen, die jedoch einer Eingangsdiagnostik nicht zugänglich war. Das Problem besteht sowohl in der Frage, welche möglichen angegebenen Gründe als Motive zu gelten haben, als auch in der individuellen Bewertungshierarchie des Untersuchers für die Beweggründe der suizidalen Handlung.

Persönlichkeitsdaten der Jugendlichen mit Suizidversuchen zeigen sowohl im Vergleich zur FPI-Eichstichprobe, als auch im Vergleich zu einer altersentsprechenden Normal-Kontrollgruppe erhebliche Auffälligkeiten. Vor allem in den Skalen "Depressivität", "Gelassenheit" und "emotionale Labilität" zeigen sich - zumindest tendenziell - Unterschiede zur Eichstichprobe des FPI, während der Vergleich zur Normal-Kontrollgruppe

dieser Untersuchung darüber hinaus noch Differenzen in den Bereichen der psychosomatischen Belastbarkeit, Erregbarkeit und Gehemmtheit aufzeigte. Dagegen sind die Unterschiede zur Kontrollgruppe klinisch auffälliger Jugendlicher nur in einer stichprobenspezifisch erhöhten Depressivität der suizidalen Jugendlichen sowie in einer größeren Streuung der Erregbarkeitswerte zu sehen. Jugendliche nach Suizidversuchen ähneln somit klinisch anderweitig auffälligen Jugendlichen in starkem Maße, sieht man einmal davon ab, daß sie in ihrer Stimmbarkeit noch belasteter sind und in der Frustrationstoleranz größere interindividuelle Differenzen zeigen. Die Schlußfolgerung lautet daher: Jugendliche mit Suizidversuchen sind von ihren Persönlichkeitsmerkmalen her in erheblichem Maße klinisch auffällig und erweisen sich in einer wichtigen Persönlichkeitsvariable als noch deutlicher belastet als andere Jugendpsychiatrie-Patienten.

II.3.4. Clusteranalyse der Persönlichkeitsdaten

Das hier zu Anwendung gelangende Gruppierungsverfahren zählt zu den agglomerativen Verfahren: Aus einer größeren Anzahl von Gruppen (im Falle dieser Untersuchung sind die Probanden die "Gruppen") wird per Ähnlichkeitszuordnung eine geringere Anzahl von Gruppen erzeugt (schrittweise Reduktion). Das Kriterium der Ähnlichkeitszuordnung, der Fehlerwert, steigt mit Abnahme der resultierenden Gruppen.Der Prozeß der Gruppenbildung soll nun an einer solchen Stelle abgebrochen werden, an der der Fehlerwert "sprunghaft" ansteigt. Weitere Kriterien des Abbruchs werden von der Eigenart der durchgeführten Untersuchung bestimmt. Im Falle dieser Untersuchung sollen folgende Aspekte beim Abbruch der Gruppierung berücksichtigt werden:

a) Der Anstieg des Fehlerwerts, relativiert um die Größe des beim vorangehenden Reduktionsschritt ermittelten Fehlerwerts.

b) Die statistische Oberprüfbarkeit der Gruppenbildung:Jede der einzelnen Gruppen muß eine Mindestgröße haben, um weiterer statistischer Verarbeitung zugänglich zu sein. Gruppengrößen kleiner 10 sollen vermieden werden.

c) (mit b) zusammenhängend) Die Zahl der Möglichkeiten signifikanter Abgrenzungen der Gruppen untereinander;die Güte der Gruppierung im Vergleich zu einer anderen möglichen Gruppierung soll durch die relative Anzahl signifikanter Differenzen der Skalenparameter überprüft werden.

d) Schließlich soll die Stabilität der Clusterung an der größeren Stichprobe der Selbstmordversucher und der klinischen KG gemeinsam (Gesamt-N = 100) überprüft werden.

II.3.4.1. Personengruppierung der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen

In Tabelle 13 sind die Daten der letzten neun Gruppierungsschritte der Clusteranalyse aufgeführt, beginnend bei einer Gruppierung mit 10 Personenclusters.

$N_{Gruppen}$	Fehlerwert	Fehlerwert-anstieg	Anstieg (%)
10	9,966	0,035	0,35
9	10,924	0,958	8,77
8	13,048	2,124	19,44
7	19,040	5,992	45,92
6	19,643	0,603	3,17
5	22,633	2,990	15,22
4	31,837	9,204	40,67
3	47,647	15,81	49,66
2	108,094	60,447	126,86

Tabelle 13: Gruppenbildung und Verlauf des Fehlerwerts in der Kriteriumsstichprobe (N = 50)

Der in der rechten Spalte von Tabelle 13 angegebene prozentuale Anstieg des Fehlerwerts zeigt besonders hohe Werte bei der Reduktion von 8 auf 7 Gruppen, von 5 auf 4 Gruppen, von 4 auf 3 Gruppen sowie den größten Anstieg (über 100%) bei der Reduktion von 3 auf 2 Gruppen.
Unter dem Aspekt des relativen und absoluten Fehlerwertanstiegs wäre die 5-Gruppen-Lösung am ehesten zu akzeptieren, während man die 2-Gruppen-Lösung zu verwerfen hätte.
Unter dem Aspekt, daß ein Clusterungsprozeß vor einem deutlichen "Sprung" des Fehlerwertanstiegs abzubrechen sei, ließe sich die 3-Gruppen-Lösung bevorzugen. Für diese Lösung spräche auch die Größe der einzelnen Gruppen im Sinne einer besseren statistischen Absicherung des Clusterungsergebnisses.

Abbildung 1 zeigt den Zusammenhang zwischen der jeweiligen Gruppengröße und der Personengruppierung mit 5,4 und 3 Gruppen. Die Gruppenbezeichnungen A, B, C kennzeichnen die Bevorzugung der 3-Gruppen-Lösung; ausgehend hiervon sind die Gruppen C (bei 4-Gruppen-Lösung) und A (bei 5-Gruppen-Lösung) jeweils in zwei Untergruppen zu teilen.

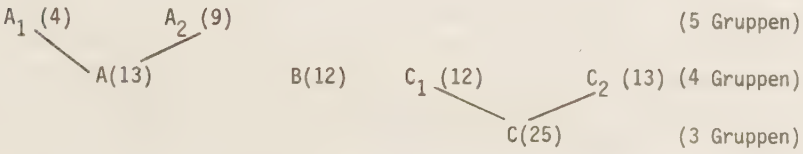

Abbildung 1 : Gruppierung der Jugendlichen mit Selbstmordversuchen (in Klammern: Zahl der Probanden je Gruppe)

Die Abbildung zeigt, daß im Falle einer 5-Gruppen-Lösung die kleinste Gruppe (A_1) aus 4 Probanden besteht; zusammen mit der nächstgrößeren Gruppe (A_2), die aus 9 Probanden besteht, bildet A_1 die Gruppe A. Die bei einer 3-Gruppen-Lösung größte Gruppe C (N = 25) setzt sich zusammen aus zwei ungefähr gleich großen Gruppen C_1 und C_2, wie sie in der 4-Gruppen-Lösung vorzufinden sind.

Weiteren Aufschluß über die Gruppierungsmöglichkeiten soll der paarweise Vergleich der Untergruppen anhand der einzelnen FPI-Skalen liefern. Hierzu werden mit Hilfe des U-Tests von MANN-WHITNEY die Untergruppen bei der 5-Gruppen-Lösung, der 4-Gruppen-Lösung und der 3-Gruppen-Lösung gegeneinander getestet. In jeder Skala werden somit bei der 3-Gruppen-Lösung drei Gruppenpaare miteinander verglichen, bei der 4-Gruppen-Lösung sechs Gruppenpaare und bei der 5-Gruppen-Lösung 10 Gruppenpaare. Das Ergebnis zeigt Tabelle 14.

	3-Gruppen-Lösung	4-Gruppen-Lösung	5-Gruppen-Lösung
FPI 1	2	3	6
FPI 2	2	4	5
FPI 3	2	3	7
FPI 4	2	4	7
FPI 5	3	3	6
FPI 6	2	3	5
FPI 7	3	5	5
FPI 8	2	4	9
FPI 9	2	4	6
FPI E	2	4	6
FPI N	2	3	6
FPI M	2	3	6
Summe	26	45	74
Anzahl möglicher Signifikanzen	36	72	120
relative Summe	72,22%	65,50%	61,67%

Tabelle 14 : Parameterdifferenzen mit mindestens 5% Irrtumswahrscheinlichkeit

Aus Tabelle 14 ergibt sich, daß in der 3-Gruppen-Lösung die prozentual höchste Häufigkeit signifikanter Paardifferenzen im 3-Gruppen-Vergleich auftritt. Die 4-Gruppen-Lösung und 5-Gruppen-Lösung sind unter diesem Aspekt ungefähr gleichwertig. Demzufolge bietet sich auch aufgrund der paarweisen Testung der Gruppen gegeneinander die 3-Gruppen-Lösung als die optimale Unterteilung an. Ihr soll daher im folgenden der Vorzug gegenüber anderen Gruppierungen gegeben werden; dabei allerdings soll die Möglichkeit einer weiteren Unterteilung der größten der drei Gruppen (C) weiterhin Berücksichtigung finden, wenn die jeweilige Fragestellung es erfordert. Zu diesem Zweck sind in Tabelle 15 die Stichprobenmittelwerte der FPI-Daten für die 3-Gruppen-Lösung angegeben. Daneben werden auch die Mittelwerte der Untergruppen C_1 und C_2 aufgeführt.

	Personencluster				
	A (n = 13)	B (n = 12)	C (n = 25)	C_1 (n = 12)	C_2 (n = 13)
FPI 1	43,9	57,6	60,6	57,9	63,0
FPI 2	53,2	51,3	61,3	60,0	62,5
FPI 3	53,7	66,5	68,0	68,5	67,5
FPI 4	46,9	44,9	62,4	60,8	63,8
FPI 5	59,1	36,2	48,3	38,1	57,7
FPI 6	50,5	31,8	36,4	34,2	38,5
FPI 7	44,7	39,8	57,3	55,5	58,9
FPI 8	48,5	62,3	61,3	69,1	54,2
FPI 9	51,9	47,8	59,4	62,1	56,8
FPI E	59,4	38,0	53,0	44,4	61,0
FPI N	49,6	60,3	66,3	67,8	65,0
FPI M	50,6	35,0	41,4	38,2	44,3

Tabelle 15: Stichprobenmittelwerte in den Personenclusters jugendlicher Selbstmordversucher (Basis: Standard-T-Werte)

Die in Tabelle 15 aufgeführten Mittelwerte zeigen die - auch schon in den paarweise durchgeführten Signifikanzprüfungen erkennbare - Unterschiedlichkeit der Persönlichkeitsprofile deutlich auf. Eine erste Charakterisierung der einzelnen Personengruppen anhand der durchschnittlichen T-Werte in den FPI-Skalen ließe sich folgendermaßen vornehmen:

Personencluster A : Hier liegen alle Stichprobenmittelwerte im Streubereich der Mittelwerte der Eichstichprobe des FPI (T = 50 + 10). Im Vergleich zu den Clusters B und C fallen auf: Die relativ niedrigen Werte in FPI 1, 3,8 und N, die durchschnittlichen Werte in FPI 6 und M sowie die relativ hohen Werte in FPI 5 und E. Demzufolge ist dieses Personencluster im Vergleich zu den Clusters B und C durch relativ geringe "Nervosität", "Depressivität", "Gehemmtheit" sowie relativ geringe "emotionale Labilität" gekennzeichnet. Dagegen sind die Eigenschaftswerte für "Gelassenheit" und "männliche Selbstschilderung" vergleichsweise hoch, sie liegen im Durchschnitt der Eichstichprobe. Außerdem zeichnet sich diese Personengruppe durch relativ starke Geselligkeits- und Extraversionswerte aus; sie ist in dieser Hinsicht der Normal-Kontrollgruppe ähnlich, wo ebenfalls im Vergleich zur Eichstichprobe erhöhte Extraversions- und Geselligkeitswerte vorliegen.

Personencluster B : Außerhalb des Streubereichs (Standardabweichung) der Eichstichprobenmittel liegen die durchschnittlichen Skalenwerte dieser Gruppe in den Bereichen FPI 3, 8 und N, wo jeweils vergleichsweise hohe Werte kennzeichnend sind; daneben liegen die Stichprobenmittel in FPI 5, 6,7, E und M deutlich unter den Eichstichprobenmitteln. Diese Gruppe zeichnet sich also durch vergleichsweise strake Depressivität, Gehemmtheit und emotionale Labilität aus. Daneben sind die Probanden dieser Gruppe überwiegend relativ ungesellig, wenig gelassen, in der reaktiven Aggressivität unterdurchschnittlich, introvertiert und in der Selbstschilderung eher "weiblich".

Personencluster C : Besonders hohe Werte zeigt diese Gruppe in den Skalen FPI 1,2,3,4,8 und N. Vergleichsweise niedrig ist das Stichprobenmittel dagegen in FPI 6. Diese Personengruppe ist demzufolge überwiegend durch Nervosität, spontane Aggressivität, Depressivität, Erregbarkeit, Gehemmtheit und emotionale Labilität gekennzeichnet. Dagegen sind hier, wie in Personencluster B, die Werte im Bereich der "Gelassenheit" relativ niedrig. Eine Aufteilung des Personenclusters in C_1 und C_2 hat folgendes Ergebnis:
Die Gruppen C_1 und C_2 unterscheiden sich voneinander vor allem in den Skalen FPI 5, 8 und E. Die Gruppe C_1 zeigt somit im Durchschnitt stärkere Introversion, Ungeselligkeit und Gehemmtheit als die Gruppe C_2. Beiden Gruppen gemeinsam sind erhöhte Aggressivitäts-, Depressivitäts- und Erregbarkeitswerte. Daneben sind die Werte im Bereich der emotionalen Labilität in beiden Gruppen erhöht.

Die Clusteranalyse der Jugendlichen mit Selbstmordversuchen anhand der Persönlichkeitswerte hatte zum Ergebnis, daß sich zumindest drei Gruppen von suizidalen Jugendlichen in den Stichprobenparametern der Persönlichkeitsdaten deutlich voneinander unterscheiden lassen. Eine im folgenden durchgeführte gemeinsame Clusteranalyse aller klinisch auffälligen Jugendlichen der Untersuchungsstichprobe soll als Überprüfung der hier gewonnenen Clusterung dienen.

II.3.4.2. Gemeinsame Clusteranalyse beider klinischer Stichproben

Die in der gemeinsamen Clusteranalyse aufgetretenen Fehlerwerte in ihrem Verhältnis zur Gruppengröße der gebildeten Clusters zeigt Tabelle 16. Zuvor werden in Abbildung 2 die Häufigkeiten in den Clusters in Zusammenhang mit den Reduktionen auf 5,4 und 3 Gruppen dargestellt.

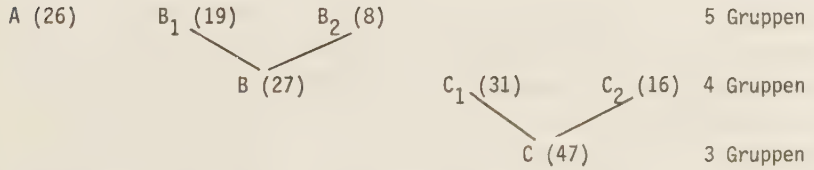

Abbildung 2: Gruppierung aller klinisch auffälligen Jugendlichen (N = 100) (in Klammern: Zahl der Probanden je Gruppe).

$N_{Gruppen}$	Fehlerwert	Fehlerwert Anstieg	Anstieg (%)
10	23,261	7,114	44,06
9	24,048	0,787	3,52
8	24,516	0,468	1,95
7	25,686	1,170	4,77
6	35,928	10,242	39,86
5	42,541	6,613	18,42
4	46,042	3,501	8,23
3	70,219	24,177	52,50
2	215,904	145,685	207,49

Tabelle 16 : Gruppenbildung und Verlauf des Fehlerwerts über 100 klinisch auffällige Jugendliche (50 Probanden der Kriteriumsstichprobe, 50 Probanden der klinischen KG)

Der Verlauf des Fehlerwerts legt es nahe, einer 4-Gruppen-Lösung den Vorzug vor anderen Lösungen zu geben. Die Übereinstimmung zwischen beiden Clusteranalysen ist im Hinblick auf den Fehlerwertanstieg vor allem darin zu sehen, daß a) eine 2-Gruppen-Lösung am ehesten zu verwerfen wäre, und daß b) Fehlerwertanstiege bis zu 50% im jeweiligen Clusterungsprozeß häufiger anzutreffen sind. Somit hat in jedem Fall die Entscheidung für die Gruppenzahl auch anhand anderer Kriterien als dem des Fehlerwerts zu erfolgen, da es unter dem Aspekt des Fehlerwerts mehrere gleich gute Lösungen gibt.
Da die hier durchgeführte Clusteranalyse über 100 Probanden in erster Linie eine Überprüfung der Clusterung jugendlicher Selbstmordversucher darstellen soll, wird auch hier für die weitere Verrechnung die 3-Gruppen-Lösung herangezogen.

Tabelle 17 zeigt die Clustergröße und die Verteilung der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen auf die einzelnen Personenclusters.

	Kriteriums-stichprobe N = 50	Kriteriums-stichprobe u.klin.KG N = 100	Übereinstimmung	f% (Selbstmordversucher) bei N = 100
Cluster A	n = 13	n = 26	92,3%	50%
Cluster B	n = 12	n = 27	100%	44,4%
Cluster C	n = 25	n = 47	96%	53,2%

Tabelle 17 : Vergleich der Clusteranalysen: Übereinstimmung der Clusterbildung und Anteil der Selbstmordversucher in den Clusters.

Den Daten zufolge darf die Übereinstimmung zwischen den Gruppierungen jugendlicher Selbstmordversucher in den beiden Gruppierungsprozessen als gut angesehen werden : Lediglich bei 2 Probanden in der Kriteriumsstichprobe hat in der gemeinsamen Clusteranalyse ein Gruppentausch zwischen Gruppe A und Gruppe C stattgefunden. Hingegen bilden in Cluster B alle Probanden (und nur diese) aus der Kriteriumsstichprobe auch in der gemeinsamen Clusteranalyse eine Gruppe. Der Anteil der Jugendlichen mit Suizidhandlungen an den einzelnen Clusters liegt in allen drei Fällen nahe bei 50%, entsprechend also dem Anteil der Selbstmordversucher an der gesamten klinischen Stichprobe.

Insofern zeigt die gemeinsame Clusteranalyse von Jugendlichen nach Suizidhandlungen und klinisch anderweitig auffälligen Jugendlichen, daß sich die Jugendlichen nach Suizidhandlungen auf alle Clusters anteilsmäßig verteilen.

II.3.4.3. Clusteranalyse der FPI-Skalen

Die Gruppierung der FPI-Skalen (über 100 klinisch auffällige Jugendliche) erfolgt mit dem Ziel, die Unterschiedlichkeit der Personenparameter in den einzelnen Clusters anhand größerer Bereiche von Persönlichkeitseigenschaften zu verdeutlichen, so daß die ermittelten Personengruppen vereinfacht dargestellt werden können. Hierzu wird unter identischen rechnerischen Prozeduren die Datenmatrix "gekippt". Da es sich nur um die Zusammenfassung von anfänglich 12 Merkmalen (FPI-Skalen) zu weniger als 12 Merkmalen handelt, kann der Prozeß der Gruppierung im folgenden vollständig dargestellt werden. Hierzu bedienen wir uns wieder einer Fehlerwert-Tabelle sowie eines sog. Dendrogramms (TÜCKE 1976), welches die Abfolge der Zusammenfassung in den einzelnen Reduktionsschritten abbildet. Je ähnlicher sich zwei Merkmale oder Merkmalskombinationen sind, umso früher werden sie im Clusterungsprozeß zusammengefaßt. Insofern zeigt das Dendrogramm auch die Ähnlichkeitsrangordnung der Zusammenfassungen auf. Die Ergebnisse der Gruppierung zeigen Abbildung 3 sowie Tabelle 18.

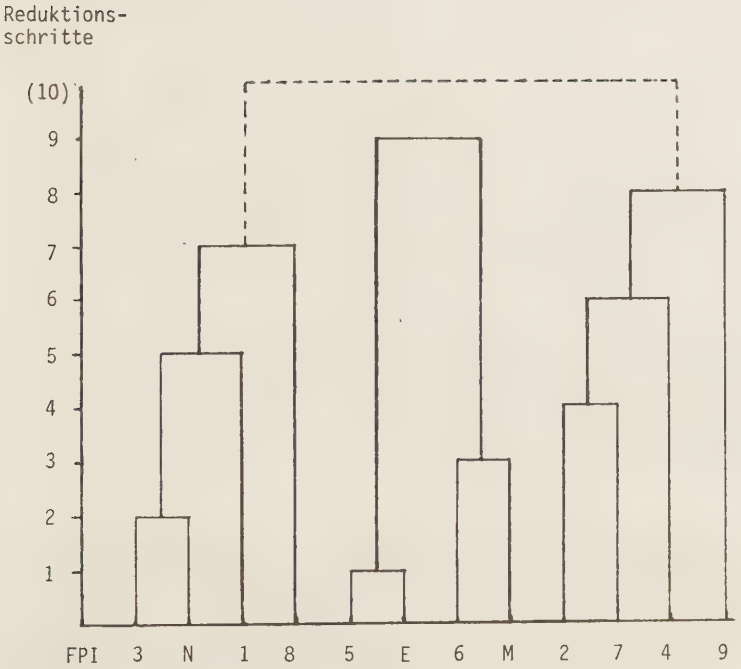

Abbildung 3 : Dendrogramm: Clusteranalyse der FPI-Skalen über 100 klinisch auffällige Jugendliche

$N_{Gruppen}$	Fehlerwert	Fehlerwert-Anstieg	Anstieg (%)
11	10,739	-	-
10	11,788	1,049	9,77
9	38,463	26,675	226,29
8	40,562	2,099	5,46
7	43,994	3,432	1,39
6	46,739	2,745	6,24
5	59,127	12,388	26,50
4	67,832	8,705	14,73
3	91,736	23,904	35,24
2	152,71	60,974	66,47

Tabelle 18 : Clusteranalyse der FPI-Skalen über 100 Probanden: Verlauf des Fehlerwerts

Die Daten des Gruppierungsprozesses weisen mehrere sprunghafte Fehlerwert-Zunahmen auf; vor allem bei der Reduktion von 10 auf 9 Gruppen ist ein starkes Anwachsen des Fehlerwerts zu verzeichnen.
Das Dendrogramm zeigt, daß bereits nach sieben Reduktionsschritten eine Gruppierung von vier FPI-Skalen (1,3,8 und N) besteht. Der achte Reduktionsschritt bringt dann ein zweites Cluster aus vier FPI-Skalen hervor: FPI 2,4,7 und 9. Übrig bleiben die - als erste Gruppe gebildete - Skalenverbindung FPI 5 und FPI E einerseits sowie FPI 6 und FPI M andererseits. Der neunte Reduktionsschritt macht auch aus diesen beiden früh etablierten Gruppierungen ein gemeinsames Cluster.
Diese so entstehende 3-Gruppen-Lösung soll hier in der Darstellung zur Anwendung kommen, da die Anschaulichkeit und eventuell die Möglichkeit einer praktischen Handhabung besonders durch eine Reduktion auf drei große Persönlichkeitsbereiche gegeben zu sein scheint. Zudem läßt auch der

Fehlerwert-Anstieg eine 3-Gruppen-Lösung zu; er ließe allerdings auch ebenso gut eine 4-Gruppen-Lösung zu. Aufgrund dieser Überlegungen kommt es also zur Bildung dreier übergreifender Bereiche von Persönlichkeitseigenschaften:

I. Die aus den Skalen FPI 1,3,8 und N gebildete übergreifende Eigenschaft setzt sich zusammen aus den Persönlichkeitsmerkmalen "Nervosität", "Depressivität", "Gehemmtheit" sowie "emotionale Labilität". Dieses Skalencluster mißt somit die psychischen und somatischen Grundlagen einer allgemeinen neurotischen Tendenz. Von daher nennen wir es hier die Skalengruppe der psychovegetativen Affizierbarkeit.

II. Die aus den Skalen FPI 2,4,7 und 9 gebildete Gruppe von Persönlichkeitseigenschaften betrifft vor allen Dingen die Bereitschaft, spontan und reaktiv aggressiv zu reagieren, daneben wird die "Erregbarkeit" und "Offenheit" gemessen. Letztere ist im Sinne einerBereitschaft zur selbstkritischen und kritischen Auseinandersetzung mit sozialen Verhaltensnormen zu verstehen. Insofern dürfte in diesem Skalencluster am ehesten die generelle Aggressivitäts- und Selbstbehauptungstendenz zu messen sein. Wir sprechen vereinfachend von der Skalengruppe zur Messung der Aggressionsbereitschaft.

III. Die aus den Skalen FPI 5,6, E und M gebildete Gruppe mißt die Extraversion im weitesten Sinne: "Geselligkeit", "Gelassenheit", "Extraversion" sowie "männliche versus weibliche Selbstschilderung" erweitern das Persönlichkeitsmerkmal der Extraversion um die Eigenschaften, die im weiteren Sinne mit Aktivität, geringer Verletzlichkeit und Entschlußfreude zusammenhängen. Insofern nennen wir dieses Cluster die Skalengruppe zur Messung der Extraversion .

Die in Tabelle 19 dargestellten Skalen-Durchschnittswerte stellen die individuellen, aus jeweils vier Skalen pro Cluster erstellten Personenmittelwerte dar, die über die Stichprobe zusammengefaßt und gemittelt werden. Die Signifikanzprüfung mit dem H-Test von KRUSKAL-WALLIS erbrachte in allen Fällen eine hochsignifikante Gruppendifferenz.

Personencluster	"psychovegetative Affizierbarkeit"	"Aggressions-bereitschaft	Extraversion
A	48,92	49,17	54,90
B	61,64	45,94	32,25
C	64,05	60,07	44,78
(C_1)	65,81	59,60	38,70
(C_2)	62,42	60,50	50,38
H	22,84 (0,1%)	33,72 (0,1%)	25,38 (0,1%)

Tabelle 19: Personengruppen und Skalenzusammenfassungen (Mittelwerte der Gruppen-T-Werte)

Die hier aufgeführten Daten zeigen, daß sich auch in den Eigenschafts-Clusters deutliche Unterschiede zwischen den Gruppen der Selbstmord-versucher aufzeigen lassen. Im Eigenschafts-Cluster "psycho-vegetative Affizierbarkeit" weisen die Daten der Gruppen B und C (ebenso einzeln in C_1 und C_2) im Durchschnitt erhöhte Werte auf, der Mittelwert in Cluster A ist dagegen unauffällig. Im Eigenschafts-Cluster "Aggressions-bereitschaft" fällt besonders die starke Merkmalsausprägung in der Gruppe C (ebenso einzeln in C_1 und C_2) auf. Während in Gruppe A die Cluster-Mittelwerte nahe beim Eichstichproben-Mittelwert liegen, zeigt die Gruppe B eine tendenziell unterdurchschnittliche Merkmalsausprägung. Im Eigenschafts-Cluster "Extraversion" zeigt Gruppe B die auffälligste Statistik in einer deutlich erniedrigten Ausprägung der auf Extraversion weisenden Skalenwerte. Während in Cluster A leicht erhöhte Durchschnitts-werte vorliegen, zeigt die Gruppe C hier eine deutliche Zweiteilung: Gruppe C_1 weist erniedrigte Durchschnittswerte auf, der Mittelwert in Gruppe C_2 ist dagegen durchschnittlich. Eine Signifikanzprüfung zwischen den vier Gruppen A,B.,C_1 und C_2 anstelle der drei Gruppen A,B und C hat hier mit einem H von 34,37 bei zwei Freiheitsgraden eine noch deutlichere Differenzierung zwischen den Gruppen zum Ergebnis.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß eine Clusteranalyse der FPI-Skalen in dieser Untersuchung dazu beiträgt, die zwischen den Personen-Gruppierungen festgestellten Profildifferenzen auf der Basis von 12 Skalen in drei größeren Eigenschaftsbereichen pointiert herauszustellen.

II.3.5. Personengruppierung, Problemdaten und Diagnosen

Unter dem Gesichtspunkt einer klassenbildenden Forschungsstrategie soll nun zwischen den Clusters von Selbstmordversuchern nach möglichen Unterschieden im Hinblick auf die Daten aus dem PfJ sowie die anhand der Symptomatologie gewonnenen Diagnosen gesucht werden (dies dient der Beantwortung von Fragestellung C). Hierzu werden im Falle der PfJ-Ergebnisse sowohl die Rohdaten (zur Ermittlung der geäußerten Problembelastung in den einzelnen Clusters) als auch die intraindividuellen Werte (zur Ermittlung der Problemstruktur in den jeweiligen Clusters) zugrundegelegt. Bei der Klassifikation der suizidalen Jugendlichen werden jeweils die 3-Gruppen-Lösung (A,B,C) und die 4-Gruppen-Lösung (A,B,C_1,C_2) in ihren Bezügen zu den Problemdaten und Diagnosen dargestellt.

II.3.5.1. Problemdaten in den Personenclusters

Die bei 33 Probanden zur Anwendung gelangten Problemfragebogen für Jugendliche verteilen sich auf die - anhand der FPI-Skalen - gruppierten Personenclusters wie folgt:

Im Personencluster A (N = 13) wurden 9 Probanden mit dem PfJ erfaßt; im Personencluster B (N = 12), C_1 (N = 12) und C_2 (N = 13) sind jeweils 8 Probanden mit dem PfJ untersucht worden; somit sind in Cluster C insgesamt 16 Probanden mit dem PfJ erfaßt.
Die Verteilung der Problemdaten zeigen Tabelle 20 (Stichprobenparamter auf RW-Basis) und Tabelle 21 (Stichprobenparameter auf der Basis intraindividueller Rohwerte). Die Signifikanzprüfung erfolgt auch hier mit dem H-Test von KRUSKAL-WALLIS, der im Falle des 3-Gruppen-Vergleichs mit zwei Feriheitsgraden, im Falle des 4-Gruppen-Vergleichs mit drei Freiheitsgraden zur Anwendung kommt.

Skala (PfJ)	Personencluster A n=9	B n=8	C n=16	C_1 n=8	C_2 n=8	Signifikanzprüfung 3Gruppen (H-Test)	4Gruppen (H-Test)
1	40,8	47,0	48,3	58,6	37,9	1,03	8,46 (5%)
2	59,8	54,9	64,7	63,9	65,5	0,68	0,69
3	45,0	71,9	63,4	68,9	58,0	6,28 (5%)	7,12
4	42,9	63,8	54,2	58,8	49,6	3,47	3,79
5	40,2	60,6	58,8	51,1	66,5	2,44	3,71
6	21,1	19,0	25,9	29,1	22,6	0,34	0,82
7	19,1	23,0	32,8	31,8	33,8	6,27 (5%)	6,29
8	39,2	37,9	50,9	45,8	56,1	1,86	2,99
Total	307,9	378,2	405,2	420,4	390,0	6,70 (5%)	6,72

Tabelle 20 : Rohdaten des PfJ (Mittelwerte) in den Personenclusters der Kriteriumsstichprobe.

Tabelle 20 zeigt, daß auf der Basis der Rohwerte des PfJ signifikante Unterschiede zwischen den Personenclusters bestehen:
In der Gruppierung A - B - C unterscheiden sich die Problemdaten in den Skalen 3 ("Über mich selbst"), 7 ("Gesundheit") und in den Totalwerten. In Skala 3 äußert Gruppe B die höchste Problembelastung, in Skala 7 und den Totalwerten dagegen ist es jeweils die Gruppe C , die die höchsten Durchschnittswerte hat. In allen drei Fällen zeigt Gruppe A die niedrigsten Werte in der Problembelastung.

In der Gruppierung A - B - C_1 - C_2 unterscheiden sich die Problemdaten in Skala 1 ("Meine Schule") mit 5% Irrtumswahrscheinlichkeit. Gruppe C_1 äußert die stärkste, Gruppe C_2 in dieser Skala die geringste Problembelastung aller Gruppen.

	Personencluster					Signifikanzprüfung	
Skala (PfJ)	A n=9	B n=8	C n=16	C_1 n=8	C_2 n=8	3Gruppen (H-Test)	4Gruppen (H-Test)
1	34,5	29,2	31,2	37,1	25,3	1,52	11,47 (1%)
2	50,8	33,1	39,0	38,9	39,1	5,13	12,06 (1%)
3	31,7	44,9	37,8	39,6	35,9	11,45 (1%)	19,70 (1%)
4	31,7	36,5	28,8	31,1	26,4	3,68	4,59
5	26,5	36,5	34,5	28,0	41,0	2,66	6,73
6	21,3	18,1	19,5	22,2	16,9	0,96	2,14
7	22,9	23,1	31,2	29,5	32,9	3,63	4,02
8	39,3	27,2	36,0	30,7	41,3	3,98	8,58 (5%)

Tabelle 21 : Intraindividuelle Problemgewichtung in den Personenclusters der Kriteriumsstichprobe

Wie die Daten aus Tabelle 21 aufzeigen, sind in der Verteilung der intraindividuellen Rohwerte die Gruppenunterschiede besonders in der Gruppierung A - B - C_1 - C_2 zu erkennen: Dem Problembereich "Meine Schule" (Skala 1) wird in Gruppe C_1 ein besonders hoher, in C_2 ein besonders niedriger Stellenwert zuerkannt. Dies entspricht auch den Ergebnissen auf RW-Basis beim Vergleich derselben Gruppen. Dem Problembereich "Nach der Schule" (Skala 2) wird in Gruppe A ein besonders hoher, in Gruppe B ein besonders niedriger

Stellenwert zuerkannt; umgekehrt ist es im Bereich "Über mich selbst" (Skala 3), wo die Probanden aus Cluster B der kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Person eine hohe Bedeutung und Belastung beimessen, die Probanden aus Cluster A dagegen niedrige Werte haben. Im Bereich "Allgemeines" (Skala 8) liegen die Gruppenunterschiede in der Bewertung dieser Probleme insbesondere in den Clusters B und C_1 einerseits (niedriger Stellenwert) und Cluster C_2 sowie Cluster A andererseits (hoher Stellenwert dieses Problembereichs).
Eine Zusammenschau der Ergebnisse zeigt auf, daß sich bei der Klassifikation der jugendlicher Selbstmordversucher mit Hilfe der Persönlichkeitsprofile auch auf der Ebene der Problemdaten, sowohl im Hinblick auf die geäußerte Belastung, als auch in Bezug auf die Problemstruktur, deutliche Gruppenunterschiede feststellen lassen. Auch auf dieser Ebene zeigt sich die Möglichkeit, innerhalb des Clusters C zwei Untergruppen sinnvoll voneinander zu trennen.

II.3.5.2. Personenclusters und symptomatologische Klassifikation

Die Zahl der Probanden aus der Kriteriumsstichprobe, bei denen symptomatologische Klassifikationen vorgenommen werden konnten, wurde reduziert durch die mangelnde Möglichkeit zur Anamneseerhebung in drei Fällen. Ein Überblick über die verbleibenden 47 Probanden, die einer symptomatologischen Klassifikation zugänglich waren, deutet auf deutliche Zusammenhänge zwischen Diagnosen und FPI-Personengruppierung hin. Es kovariieren offensichtlich die folgenden Diagnosen und Personenclusters:

a) Diagnose "Krise" und FPI-Personencluster A.
   12 der 47 Probanden wurden unter "Krise" diagnostiziert, hiervon gehören 9 Probanden dem FPI-Cluster A an. 12 dieser 47 symptomatologisch erfaßten Probanden sind Angehörige des FPI-Clusters A, somit sind 3 Probanden des Clusters A symptomatologisch nicht den Krisen zugeordnet. Der Zusammenhang zwischen den Klassifikationen bildet ein Chi-Quadrat von 20,74 (df = 1), welches hochsignifikant ist. Die hieraus mit Hilfe des Kontingenzkoeffizienten zu ermittelnde Korrelation beträgt .55 .

b) Diagnose "Depression" und FPI-Personencluster B.
9 der 47 Probanden wurden symptomatologisch mit "Depression" kategorisiert, davon gehören 8 dem FPI-Cluster B an. 11 der 47 Probanden sind insgesamt Angehörige des Personenclusters B, somit sind 3 Probanden des Clusters B nicht den "Depressionen" zugeordnet. Der Zusammenhang zwischen den Klassifikationen führt hier zu einem hochsignifikanten Chi-Quadrat von 26.63 (df = 1). Die hieraus zu ermittelnde Korrelation beträgt .60 .

c) Diagnose "Neurose" und FPI-Personencluster C.
Bei 26 der 47 symptomatologisch erfaßten Jugendlichen mit Selbstmordversuchen wurde die Diagnose "Neurose" gestellt. 21 dieser Probanden fallen in das FPI-Cluster C, somit sind 3 Probanden des Clusters C nicht den "Neurosen" zugeordnet. Das resultierende Chi-Quadrat beträgt 20.55 und ist bei einem Freiheitsgrad hochsignifikant. Der Kontingenzkoeffizient beträgt auch hier .55 .

Tabelle 22 zeigt die insgesamt bestehenden Zusammenhänge zwischen symptomatologischer Klassifikation ("Diagnose") und empirischer Personengruppierung.

	FPI-Personencluster			
Diagnose	A	B	C	Summe
Krise	9 (f_e = 3,06)	0 (f_e = 2,80)	3 (f_e = 6,13)	12
Depression	1 (f_e = 2,30)	8 (f_e = 2,10)	0 (f_e = 4,60)	9
Neurose	2 (f_e = 6,64)	3 (f_e = 6,10)	21 (f_e = 13,3)	26
Summe	12	11	24	47

Tabelle 22 : Zusammenhänge zwischen symptomatologischer Klassifikation und Personengruppierung anhand von Persönlichkeitsdaten. (Zahlen in Klammern zeigen die jeweils zu erwartende Häufigkeit in den Zellen)

Die Tabelle zeigt, daß in insgesamt 38 von 47 Fällen die unter a), b) und c) beschriebenen Zuordnungen zu finden sind. Der so aufgezeigte Zusammenhang zwischen Diagnose und empirischer Gruppierung ist mit einem Chi-Quadrat von 48,65 bei 4 Freiheitsgraden hochsignifikant. Die Korrelation "symptomatologische - empirische Persönlichkeitsgruppierung" beträgt demzufolge .71 .

Es läßt sich somit feststellen, daß eine bedeutsame Korrelation aufzufinden ist zwischen taxometrischer Personengruppierung aufgrund von FPI-Daten einerseits und symptomatologischer Personenklassifikation andererseits.

II.3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse aus dem klassenbildenden Untersuchungsansatz (betreffend Fragenkomplex B und C)

Aufgrund des Fehlerwertverlaufs und der statistischen Abgrenzungsmöglichkeiten in der gefundenen Gruppierung läßt sich die Stichprobe der 50 suizidalen Jugendlichen optimal in 3 Gruppen unterteilen, wobei in der größten Gruppe wiederum eine Zweiteilung vorgenommen werden könnte; letztere vor allem anhand der Merkmale Introversion-Extraversion, Geselligkeit und Gehemmtheit.
Eine gemeinsame Clusteranalyse über beide klinisch auffälligen Stichproben hat zum Ergebnis, daß unter dem Gesichtspunkt der Persönlichkeitsmerkmale sowohl im verallgemeinernden als auch im klassenbildenden Untersuchungsansatz Ähnlichkeiten eher zwischen suizidalen Jugendlichen eines bestimmten Typs und klinisch sonstig auffälligen Jugendlichen desselben Typs bestehen, als daß die suizidalen Jugendlichen untereinander in stärkerem Maße ähnlich wären:
In keinem der erfaßten Persönlichkeitsbereiche erweisen sich die Probanden mit Selbstmordversuchen als auffällig homogene Gruppe. Die Clusterung innerhalb der gemeinsamen Stichprobe läßt die ursprünglich nur in der Kriteriumsstichprobe vorgenommene Clusterung wiedererkennen, ein Hinweis auf die Stabilität des Ergebnisses der Clusteranalyse.

Im Zusammenhang von Symptomklassifikation, Problembelastung und Ausprägung von Persönlichkeitsvariablen schälen sich drei Störungsklassen bei den suizidalen Jugendlichen heraus:

1. Jugendliche in Entwicklungskrisen, die bei erhöhter Extraversion eine nur geringe Ausprägung psychischer Auffälligkeiten und zugleich die gruppenspezifisch geringste Problembelastung zeigen;

2. Jugendliche mit Depressionen, die sich bei deutlicher Introversion durch eine vergleichsweise geringe Aggressionsbereitschaft und starke psycho-vegetative Affizierbarkeit ausweisen; der Schwerpunkt der Problembelastung liegt bei ihnen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Person;

3. Jugendliche mit Neurosen, die in besonderem Maße Merkmale starker psycho-vegetativer Affizierbarkeit zeigen, daneben eine erhöhte Aggressionsbereitschaft, und teils introvertiert, teils durchschnittlich extravertiert sind. In der Problembelastung zeigt sich bei diesen Jugendlichen eine breitere Verteilung der problematischen Bereiche als bei den Depressiven. Bei den Neurotikern steht neben der Auseinandersetzung mit der Zukunft allerdings auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Person - ebenso wie bei den Depressiven - mit im Vordergrund.

Ein Vergleich der in dieser Untersuchung zur Anwendung kommenden Forschungsansätze ("verallgemeinernd versus klassenbildend") zeigt unter dem Aspekt der Ergebnisse die Notwendigkeit eines zunächst zweigleisigen Vorgehens; keiner der beiden Vorgehensweisen ist der Vorzug gegenüber der anderen zu geben.

III. Diskussion der Ergebnisse

III.1. Persönlichkeitsmerkmale von jugendlichen Selbstmordversuchern im Vergleich zu klinisch auffälligen und normalen Jugendlichen

Die überblickende Zusammenschau der Ergebnisse zur verallgemeinernden Forschungsstrategie läßt den Schluß zu, daß die Suche nach "dem" jugendlichen Selbstmordversucher im Sinne eines relativ homogenen Persönlichkeitsprofils ergebnislos bleibt. Es fand sich kein einheitlicher Typus im Sinne einer über mehrere Skalen eingeschränkten Merkmalsvarianz.

> Gerade die Stichprobe der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen hat relativ hohe Varianzwerte: Im Vergleich zur Eichstichprobe des FPI betrifft dies vor allem die Skalen FPI 5 sowie FPI E. Im Vergleich zu altersentsprechenden Probanden (klinische KG und Normal-KG) sind die Varianzwerte besonders im Bereich der Erregbarkeit erhöht.

Der paarweise durchgeführte Gruppenvergleich anhand der Persönlichkeitsmerkmale hat zum Ergebnis, daß die Stichprobenunterschiede zur Gruppe der Normalen in 5 Fällen wegen höherer Varianzwerte Signifikanzen aufweisen. Besonders die Persönlichkeitseigenschaften "Geselligkeit" "Extraversion" sowie "Erregbarkeit" sind die in der Gruppe der suizidalen Jugendlichen stark variierenden Merkmale. Kontaktbedürfnis und Kontaktstreben, Lebhaftigkeit und Frage des Aktivitätsniveaus, Frustrationstoleranz, Reizbarkeit und Affektkontrolle (so die Beschreibung der genannten Persönlichkeitseigenschaften durch die Testautoren) sind bei den jugendlichen Selbstmordversuchern sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Die Entwicklung von Therapiemodellen für die Jugendlichen, die Selbstmordversuche begangen haben, hat dieser Unterschiedlichkeit Rechnung zu tragen. Bisherige Modelle zur Verhütung von Suizidhandlungen berücksichtigen nicht, daß Selbstmordversuche bei unterschiedlichen Persönlichkeitsstörungen einen unterschiedlichen Stellenwert haben können.

> Während z.B. die Suizidverhütung in der Depressionstherapie (vgl. z.B. HOFFMANN et al. 1976) an der Stelle anzusetzen hat, an welcher in Zusammenhang mit einer Depression das Leben als lebensunwert angesehen wird, findet sich eine interessante Arbeit von BOSTOCK und WILLIAMS (1974) zum Problem der Suizidhandlung

als operantes Verhalten. Grundlage war hier die Einzelfallanalyse einer 20-jährigen Patientin mit hysterischen Reaktionsweisen, die sich u.a. in einer Serie von Selbstmordversuchen zeigten.
Die Unterschiedlichkeit des Stellenwerts von Suizidhandlungen im Rahmen einer psychischen Störung wird zu wenig in dem Sinne berücksichtigt, als in der Entwicklung von Therapiekonzepten (die oftmals im Falle der Suizidalität Strategien der "Krisenintervention" genannt werden) nach ubiquitär wirksamen Maßnahmen gesucht wird bzw. solche propagiert werden. Therapiekonzepte, die der Unterschiedlichkeit der Störungen nicht Rechnung tragen, sind nach KIESLER (1977) einem "Uniformitätsmythos" im Sinne einer ungerechtfertigten Homogenitätsannahme über Patienten mit einem sogenannten "Leitsymptom" erlegen.

Es hat sich in dieser Untersuchung erwiesen, daß auch der "Vorstellungsgrund Selbstmordversuch" noch kein diagnostisch spezifizierendes Merkmal in dem Sinne ist, daß es zu einer Varianzreduzierung im Hinblick auf Persönlichkeitsmerkmale beiträgt. Den Typus des suizidalen Jugendlichen gibt es ebenso wenig, wie sich in einer Untersuchung KIESLERs (ebd.) der Typus des Schizophrenen finden ließ. Es zeigt sich im Gegenteil, daß die im Bevölkerungsdurchschnitt relativ selten auftretende Verhaltensweise Selbstmordversuch keinen Anlaß zur Vereinheitlichung im therapeutischen Vorgehen liefern kann.
Stichprobenübergreifend unterscheiden sich die suizidalen Jugendlichen von den anderen Jugendlichen in der Ausprägung des Persönlichkeitsmerkmals "Depressivität", was mit dem Gegensatzpaar "mißgestimmt , selbstunsicher - zufrieden, selbstsicher" sowie den folgenden Attributen näher charakterisiert wird (FAHRENBERG,SELG und HAMPEL 1978): Ein Proband mit hohen Ausprägungen in dieser Skala schildert vermehrt Mißstimmung, Angst, Einsamkeitsgefühl, Konzentrationsmangel sowie tiefreichende Minderwertigkeitsgefühle. Inwieweit eine Bedrohung für die weitere psychische Entwicklung in einer starken Ausprägung dieses Persönlichkeitsmerkmals zu sehen ist, wird durch diese Attribute hinreichend dokumentiert.

In den näheren Beschreibungen zur Skala FPI 3 kommt zum Ausdruck, daß diese Skala eine Tendenz zu längerdauernden negativen Gefühlszuständen zu erfassen geeignet ist. Der Terminus "Depressivität" ist in diesem Sinne deutlich vom klinischen Bild der Depression zu unterscheiden: Die in FPI 3 erfaßte und als Depressivität bezeichnete Persönlichkeitseigenschaft mißt nur einen Teil der emotionalen Befindlichkeit des depressiven Syndroms.
Erfahrungsgemäß zeigen in dieser Skala solche Probanden extrem hohe Werte, die in ihren Selbstdarstellungen generell zur "dramatischen Übertreibung" im Sinne KRETSCHMERs neigen und hysterische Reaktionsformen produzieren. Patienten mit Depressionen dagegen liegen oft

zwar im überdurchschnittlichen Bereich, jedoch unterhalb der extremen Ausprägung.

Die in der Gruppe der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen vorgefundenen Auffälligkeiten entsprechen den Befunden aus einigen im literaturkritischen Teil referierten Studien:

a) MARKS und HALLER (1977), die vor allem nach geschlechtsspezifischen Differenzen in der Untersuchung suizidaler Heranwachsender forschten, beschreiben daneben den suizidalen Heranwachsenden auch geschlechtsunabhängig auf der Basis von MMPI-Untersuchungen: Er/Sie sei "sad and depressed", neige zu intropunitiven Frustrationsreaktionen und bezeichne sich selbst als emotional.

b) In der Studie von SONNECK, GRÜNBERGER und RINGEL (1976) weisen die Patienten mit Suizidhandlungen ebenfalls erhöhte Depressivitätswerte in den FPI-Skalen auf, soweit die graphische Darstellung eine derartige Interpretation zuläßt. Auffallend ist hier, wie auch in anderen Untersuchungen festgestellt wurde (s.z.B. PALLIS und BIRTCHNELL, 1977), daß Patienten mit suizidalen Ideen, Drohungen oder Tendenzen auffälligere Persönlichkeitsmerkmale aufweisen als Patienten nach Suizidversuchen. Dies betrifft in der Untersuchung von SONNECK et al. auch die Depressivitätswerte.

c) Überblickt man die zur Fragestellung A insgesamt durchgeführten Stichprobenvergleiche, so fällt auf, daß Probanden mit Selbstmordversuchen insgesamt klinischen Kontrollpatienten ähnlicher (genauer gesagt: weniger unähnlich) sind als jeweils eine dieser Stichproben den normalen Jugendlichen. Dies entspricht z.B. den Ergebnissen der Untersuchung von WOLFE und COTLER (1973), die in Bezug auf 4 Persönlichkeitseigenschaften erhebliche Unterschiede zwischen Selbstmordversuchern und Normalen sowie klinischen Kontrollpatienten und Normalen fanden, dagegen keine Unterschiede zwischen Selbstmordversuchern und klinischen Kontrollpatienten.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse erweisen sich stichprobenübergreifend suizidale Probanden als die alles in allem persönlichkeitspsychologisch auffälligste Gruppe von Jugendlichen, deren Auffälligkeiten

(im Sinne statistischer Abweichungen von Skalenmittelwerten) jedoch von Proband zu Proband stärker wechseln, als es bei klinisch sonstig auffälligen Jugendlichen der Fall ist. Letzteres ist umso erstaunlicher, als die in dieser Untersuchung zusammengestellte klinische KG eine "anfallende Stichprobe" mit den unterschiedlichsten jugendpsychiatrischen Störungsbildern darstellt.

Unter ganzheitlichem Aspekt erweist sich somit der verallgemeinernde Forschungsansatz als problematisch, da sich mit Hilfe des hier verwendeten Diagnostikums keine konturierte Profilgestalt des "durchschnittlichen Selbstmordversuchers" ergibt:
Die durch den "atomisierenden" Charakter derartiger Testverfahren in Einzelmerkmalen zerlegte Persönlichkeit erscheint diffus, wenn man sie aus dem Ergebnis einer Stichprobenuntersuchung zu beschreiben versucht. Die Persönlichkeitsvariablen zeigen keine verringerte Varianz, die auf ein spezifisches Vorhandensein populationstypischer Merkmalsausprägung schließen lassen könnte. Die 12 Skalen lassen nur im Bereich der Depressivität eine Differenzierung von anderen klinisch auffälligen Jugendlichen zu; im gestalttheoretischen Sinne hebt sich die durchschnittliche Profilgestalt der Persönlichkeitswerte nicht ab vom Hintergrund der durchschnittlichen Profilgestalt der klinischen KG. Hingegen sind beide Durchschnittsprofile zusammengenommen in mehreren Skalen vom normalen Durchschnittsprofil Jugendlicher zu unterscheiden. Insofern ist das Ergebnis der verallgemeinernden Untersuchung für sich genommen wenig befriedigend.
Gestalttheoretische Konstrukte zur Beschreibung pathologischer Eigenschaften, wie sie z.B. von WALTER und WALTER (1980) in die Diskussion gebracht werden, könnten im Falle eines verallgemeinernden Forschungsansatzes Abhilfe schaffen, da sie mehr auf den Prozeßcharakter pathologischer Erlebnisformen abheben und weniger statisch sind. Als Beispiele hierfür nennt PIEL (1979) "Festlegungen (Rigidität)" und "Gestaltzerfall (als Einschränkung oder Auswucherung)". Die mit einer Erfassung von Erkenntnis-, Denk- und Handlungsgestalten verbundenen methodischen Schwierigkeiten erweisen sich jedoch bisher als entscheidende Hemmnisse auf diesem Weg der Persönlichkeitsforschung.

III.2. Typenprofile der jugendlichen Selbstmordversucher

Die in der Untersuchung der Fragestellung A erwiesene hohe Merkmalsvarianz in der Stichprobe jugendlicher Selbstmordversucher konnte mit Hilfe eines parameterfreien Gruppierungsverfahrens durch Personenclusterung sinnvoll reduziert werden. Für die hier vorliegende Stichprobe empfiehlt sich eine Aufteilung in drei Personengruppen, dies sowohl unter dem Aspekt des Fehlerwertverlaufs, als auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß eine Stichprobe dieser Größe nur eine begrenzte Unterteilung zuläßt, um weiteren statistischen Verarbeitungen zugänglich zu sein. Die größe der drei Personengruppen ist allerdings in zwei etwa gleichgroße Untergruppen zu unterteilen, wobei sich insbesondere in den Bereichen der Extraversions- und Geselligkeitswerte Unterschiede in diesen beiden Untergruppen herausstellen (s.u.). Im folgenden wird eine Charakterisierung der Gruppen anhand der Persönlichkeitsmerkmale vorgenommen. Hierbei soll vor allem ein Vergleich zur klassifizierenden Studie von HENDERSON et al. vorgenommen werden, in welcher sich zum Teil starke Ähnlichkeiten in der Gruppierung zeigen. Von besonderem Interesse ist diese Ähnlichkeit unter dem Aspekt, daß die Datengeber in der Studie von HENDERSON et al. (1977), die aus halbstandardisierten Interviews und einer Motivliste bestanden, von den hier verwendeten psychometrischen Verfahren völlig verschieden sind.

III.2.1. Personencluster A : Persönlichkeitsdiagnostisch unauffällige Jugendliche (Jugendliche in Entwicklungskrisen)

Diese aus 13 Jugendlichen bestehende Gruppe könnte man das "Personencluster des statistischen Durchschnitts" nennen; abgesehen von den erhöhten Geselligkeits- und Extraversionswerten und der im Stichprobenmittel relativ geringen Neigung zu psychosomatischen Beschwerden sowie zur reaktiven Aggressivität liegen alle Skalenwerte nahe beim Mittelwert der Eichstichprobe. Diese Probanden bieten somit die Selbstdarstellung von relativ unbeschwerten, emotional nicht beeinträchtigten Jugendlichen, die in ihrer Kontaktaufnahme zu anderen zudem nicht durch Gehemmtheit, geringe Frustrationstoleranz oder aggressive Regungen behindert sind. Sie geben sich kontaktfreudig, gesellig und aktiv. Sie bieten somit zum Zeitpunkt der Datenerhebung das Persönlichkeitsbild von Jugendlichen, denen -

kämme es nur auf Persönlichkeitsmerkmale an - ein erfolgreicher Obergang ins Erwachsenenalter bevorzustehen scheint.

> In der Studie von HENDERSON et al. (1977) findet sich in der Beschreibung des "Type I" eine Entsprechung zum hier anfallenden Ergebnis. Die Autoren sprechen von einem "Rätsel" im Hinblick auf eine mögliche Motivation für die Suizidhandlung oder einen pathologischen Prozeß.

Gerade die Studie von HENDERSON et al. zeigt, daß grundsätzlich von einem Konzept der gestörten Persönlichkeit ausgegangen wird, wenn man die Grundlagen für Suizidhandlungen erforscht. Hierzu passen weder die Ergebnisse zum I. Typ in der Untersuchung von HENDERSON noch die Persönlichkeitsdaten des Personenclusters A in der hier referierten Untersuchung. Vier Erklärungsmöglichkeiten bieten sich hierzu an:

a) Die Suizidhandlung selbst und ihre näheren Konsequenzen (medizinische Versorgung, zusätzliche Fürsorge) hatte therapeutische Wirkung, möglicherweise im Sinne einer Aggressionsabfuhr (Psychokatharsis). In dieser Weise argumentieren z.B. FARBEROW und DEVRIES (1967), wenn sie den Befund kommentieren, daß Patienten, die mit Suizid drohen, auffälligere Persönlichkeitsdaten hätten als Selbstmordversucher, da letztere bereits aus der "selbstdestruktiven Phase" heraus seien. Diese Argumentation soll hier keine weitere Berücksichtigung finden, da sie zahlreiche theoretische Implikationen enthält, die einer Oberprüfung nicht zugänglich sind (z.B.: Krankheitsmodell der Suizidalität) und zudem das Augenmerk ablenken von eventuell ungelösten Problemen der Messung auf einen spekulativen "Heilungsprozeß", der stattgefunden haben kann oder auch nicht.

b) Es liegt bei diesen Jugendlichen "in Wirklichkeit" eine Persönlichkeitsstörung vor, die jedoch vom FPI nicht erfaßt wird. Hierzu wäre zu bemerken, daß das FPI zwar gegen Fälschungstendenzen kaum abzusichern ist (s. Punkt c)), daß jedoch die Spannweite in der Erfassung klinisch-psychologischer Störungsphänomene recht groß ist, wenn man die Validierungsstudien zum FPI zu Rate zieht. (Ausgeklammert allerdings werden solche Störungen, die in den Bereich der Psychosen gehören).

c) Einer der möglichen Gründe für die Nichterfassung der Störung (im Sinne eines auffälligen Persönlichkeitsprofils im FPI) ist das Phänomen der Dissimulation, wobei der Proband aus verschiedenen Motiven heraus bestrebt ist, eine möglichst "harmlose" stabile und nicht durch Selbstzweifel beeinträchtigte Persönlichkeitsstörung abzugeben. Zu diesem positiven Bild würden auch die relativ hohen Geselligkeits- und Extraversionswerte der Probanden des Clusters A passen.

d) Die vierte Erklärungsmöglichkeit wäre die, daß bei den Probanden der Gruppe A keine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne vorliegt, daß es vielmehr im Zusammenhang mit äußerlich induzierten Krisensituationen zu einer "abnormen Reaktion" auf die Krisensituation kam. Somit gäbe es in dieser Gruppe vorwiegend Jugendliche mit Entwicklungskrisen, wie es ja die symptomatologische Klassifikation zum großen Teil auch ergeben hat. Die Schwäche dieser Annahme liegt vor allem in der mangelnden Erklärung des Phänomens der unauffälligen Persönlichkeitsdaten : Das Krisenkonzept kann nur beschreiben; es dient nicht der Klärung z.B. der Frage, wie es bei einer im statistischen Sinne völlig unauffälligen Person zu einer suizidalen Handlung kommen kann. Die Gründe werden also nur deshalb in äußeren Gegebenheiten gesucht, weil sie in diesem Fall innerhalb der Person nicht gefunden werden.

Die vier genannten Erklärungsmöglichkeiten schließen einander nicht aus; es ist darüber hinaus unmöglich, eine dieser Erklärungsmöglichkeiten allein zu verifizieren.

Die Analyse der Sorgen und Nöte der Jugendlichen des Clusters A ergänzt das Bild von einer alles in allem diagnostisch unauffälligen Teilstichprobe. Vom Stil der Beantwortung des PfJ her muß die Problembelastung dieser Jugendlichen als gering angesehen werden. Die Orientierung auf die zukünftigen Chancen nach der Schulzeit ist ihnen im Rahmen aller möglichen Problemthemen das gewichtigste, gefolgt von Themen, die eine Bewertung weltanschaulich-ethischer Ansichten verlangen. Familie, das eigene Selbstbild und der Bezug zu Gleichaltrigen werden kaum problematisiert; somit existiert in dieser Stichprobe das für klinisch-psychologisches Handeln relevante "Leiden unter sich selbst" bzw. unter Beziehungsstörungen für die Angehörigen des Clusters A kaum. Die in dieser Gruppe auftretende vergleichsweise geringe Symptombelastung läßt auch unter der Berücksichtigung des Fremdurteils durch Angehörige keinen anderen Schluß zu. Somit muß die Beschreibung des Clusters A pragmatisch erfolgen:
Persönlichkeitspsychologisch werden die Probanden des Clusters A als "unauffällig" (im Sinne des statistischen Durchschnitts) klassifiziert, diagnostisch sprechen wir von "Entwicklungskrisen", wobei diese Diagnose aufgrund des Ausschlusses anderer möglicher Diagnosen gestellt wird.

III.2.2. Personencluster B : Depressive Jugendliche

Diese aus 12 jugendlichen Selbstmordversuchern bestehende Gruppe zeigt erhebliche Persönlichkeitsauffälligkeiten im Sinne einer statistischen Normabweichung der Stichprobenparameter:
Unternimmt man eine adjektivische Charakterisierung der Angehörigen dieser Gruppe, so muß man aus den abgegebenen "Selbstschilderungen" schließen, daß es sich um Jugendliche handelt, die in starkem Maße mißgestimmt und selbstunsicher, gehemmt und emotional labil sind; ihre Aggressionsbereitschaft, vor allem reaktiv im Bereich der Selbstbehauptung, ist relativ schwach; sie sind wenig reizbar, eher ruhig in ihren Reaktionen; sie neigen zu Passivität und sind kontaktarm, sensibel und grüblerisch, in starkem Maße von zögernder Haltung und irritierbar. Diese Adjektivsammlung läßt den Schluß zu, daß wir es hier - entsprechend den Korrelationen der Persönlichkeitsdaten und der Symptomklassifikation - mit Jugendlichen zu tun haben, die im engeren Sinne depressiv sind.

> Entsprechend diesem Ergebnis findet sich bei HENDERSON et al.(1977) der empirisch klassifizierte "Type II", beschrieben als "depressiv, entfremdet (d.h. sich einsam und überflüssig fühlend), intropunitiv, nicht 'operant' (im Sinne einer umweltmanipulierenden suizidalen Handlung), nicht ambivalent in der Handlung und im Eheleben mäßig gestört"(Übersetzung von mir).

In weitgehender Entsprechung zu den symptomatologischen Diagnosen dieses Clusters B kann auch auf persönlichkeitspsychologischer Basis die Diagnose "Depression" gestellt werden.

Die Analyse der in der Problemerfassung geäußerten Sorgen und Nöte dieser Jugendlichen zeigt eine generell höhere kognitiv-emotionale Belastung auf als bei den Jugendlichen mit Entwicklungskrisen. Und es ist in keiner Teilstichprobe der jugendlichen Selbstmordversucher eine so deutliche Schwerpunktbildung innerhalb der Problembereiche zu erkennen wie bei den Depressiven : Die Auseinandersetzung mit der eigenen Person stellt den stärksten Faktor der Problembelastung dar. Überspitzt formuliert erleben die Depressiven sich selbst als das größte Problem. Einen vergleichsweise hohen Stellenwert haben auch die Beziehungsprobleme mit Gleichaltrigen sowie innerfamiliäre Probleme. Sie treten aber

(im Vergleich zu den anderen Personenclusters) bei den Depressiven nicht stärker in den Vordergrund als bei den Neurotikern, wenn auch stärker als bei den Jugendlichen mit Entwicklungskrisen. Vergleichsweise sehr gering wird die Problembelastung im weltanschaulichen oder ethischen Bereich sowie in der Schule oder in der Zukunftsorientierung eingeschätzt. Man kann schlußfolgern: Letztgenannte Probleme erscheinen den Depressiven randständig angesichts der kritischen Auseinandersetzung mit sich selbst - und teilweise mit signifikanten Bezugspersonen. Selbstkritik bis hin zur Abwertung der eigenen Person und Beziehungsstörungen dominieren deutlicher als in den anderen Gruppen über die restlichen Problembereiche. Angesichts des Problems "eigene Person" und der persönlichen Beziehungsprobleme haben die Depressiven das Interesse an weitergehenden Inhalten verloren.

> Insofern zeigt sich BECKs (1979) "kognitive Triade" der Depression (negative Sicht von sich selbst, negative Sicht der Umwelt, negative Sicht der Zukunft) bei den jugendlichen Depressiven mit Suizidhandlungen eher als "kognitive Monade" (der negativen Sicht von sich selbst) bzw. als "Dyade" (das Selbst einschließlich der engeren Umweltbezüge). Es muß allerdings angemerkt werden, daß die Skala 2 des PfJ ("Nach der Schule") nicht geeignet ist, die gesamte Zukunftsperspektive inhaltlich unter Problemaspekten zu erfassen, so daß die Messung der Zukunftsorientierung mit Hilfe dieser Skala nicht genügend zum BECKschen Konstrukt der Hoffnungslosigkeit beitragen kann, wie es z.B. KRAMPEN (1979) erfolgreich versuchte.

Zusammenfassend läßt sich der Typ des depressiven Jugendlichen als hinreichend konturierte Profilgestalt von Persönlichkeits- und Problemdaten von den übrigen Typenprofilen unterscheidbar erkennen.

III.2.3. Personencluster C: Neurotische Jugendliche

25 der 50 suizidalen Jugendlichen stellen diese Gruppe, die in mehrfacher Hinsicht auffällt. Im Cluster der "psychovegetativen Affizierbarkeit" zeigt diese Teilstichprobe/die vergleichsweise höchste Ausprägung, somit eine starke Neigung zu psychosomatischen Beschwerden, zu chronischer Verstimmung, Gehemmtheit und Neurotizismus. Daneben fällt die - ebenfalls unter allen Gruppen höchste - "Aggressionsbereitschaft" auf: Mit deutlichem Abstand erweisen sich die Probanden innerhalb des Clusters C

am meisten spontan und reaktiv aggressiv, reizbar bzw. erregbar und "offen" im Sinne der Selbstkritik und Eigenwilligkeit. Im Bereich der Extraversion zerfällt diese Gruppe in deutlich introvertierte (Gruppe C_1) und durchschnittlich bzw. überdurchschnittlich erxtravertierte Probanden (Gruppe C_2).
In den Skalenausprägungen dieser Jugendlichen finden sich scheinbare Widersprüche, die auf das konflikthafte Erleben der Probanden hindeuten: Aggressivität, spontan und reaktiv, ist gepaart mit massiver Gehemmtheit (im Sinne vor allem der sozialen Ängstlichkeit), chronische Mißgestimmtheit und Neigung zu zögernder Haltung gepaart mit hoher Emotionalität und Reizbarkeit. Diese Konflikthaftigkeit, allgemeine Gespanntheit und Bereitschaft zur Verstimmung machen deutlich, daß hier - nicht nur symptomatologisch, sondern eben auch persönlichkeitspsychologisch - am ehesten die Diagnose "Neurose" gerechtfertigt ist.

Die Unterschiede zwischen den Gruppen C_1 und C_2 betreffen insbesondere die Eigenschaften Geselligkeit, Extraversion und Gehemmtheit derart, daß Gruppe C_1 aus introvertierten, gehemmten Neurotikern besteht, Gruppe C_2 aus extravertierten, dabei "durchschnittlich gehemmten" Neurotikern. Diese empirisch ermittelte Unterteilung findet sich bereits in EYSENCKs Untersuchungen zur Erfassung klinischer Störungsbilder anhand der typologischen Merkmale Introversion - Extraversion und Neurotizismus - emotionale Stabilität (EYSENCK 1957), wo die extravertierten Neurotiker als "Psychopathen" oder "Hysteriker", die introvertierten Neurotiker dagegen als Probanden mit dysthymischen Störungen (Angstneurosen,Zwangsneurosen etc.) ausgewiesen werden.

> Problematisch erscheint vor allem der Begriff der Psychopathie. PONGRATZ (1973) sagt hierzu:"Der Psychopathiebegriff wird von EYSENCK außerordentlich ungenau verwendet. Es scheint, daß er darunter so etwas wie 'moral insanity' versteht. Psychopathen wären dann Menschen, die kein Gewissen entwickelt haben. Und in dieser Version muß man dem EYSENCKschen Ansatz zugestehen, daß er zutreffend ist."

In Anlehnung an EYSENCKs Modell und die PONGRATZschen Erläuterungen seien die Personenclusters mit folgenden Klassifikationsbezeichnungen versehen:

Personencluster C_1 : In dieser Gruppe, bestehend aus 12 Probanden, finden sich jugendliche Neurotiker mit vorwiegend dysthymischen Reaktionsformen.

Personencluster C_2 : In dieser aus 13 Probanden bestehenden Gruppe finden sich jugendliche Neurotiker mit vorwiegend soziopathischen und hysterischen Reaktionsformen. Die Unterscheidung zwischen seelischer Störung (hier: Neurose) und Erscheinungsbild der Störung (im Sinne der Reaktionsform) ist angelehnt an die traditionelle psychiatrische Trennung von "Krankheit" und "Reaktionsform", wie sie im Falle der Hysterie beispielsweise von KRETSCHMER (1958) vorgenommen wird.

> In der Untersuchung von HENDERSON et al. (1977) finden sich Beschreibungen des "Type III" wie folgt:Die Probanden seien "operant", entfremdet, extrapunitiv, ambivalent in der Handlung, relativ harmlos in der Lebensgefährdung der Handlung, nicht bemerkenswert depressiv, daneben sei ihr Eheleben stark gestört. Es scheint so, daß die Klassifikation von HENDERSON an dieser Stelle mehr einen dem hier gefundenen Typ C_2 entsprechenden Typ eruiert hat.

In der Problemanalyse zeigen die als Neurotiker klassifizierten Jugendlichen absolut gesehen die alles in allem stärkste Problembelastung, wenn man ihre Antwortausprägungen mit denen der Depressiven und der Jugendlichen mit Entwicklungskrisen vergleicht. Insbesondere im Bereich "Gesundheit", also der Auseinandersetzung mit körperlicher Verfassung, neigen sie zu vergleichsweise stärkerer Reflektion; sie lassen hypochondrische Züge erkennen. Dagegen ist die Tendenz zur Problematisierung der Person von psychischer Seite her (des "Selbst" also) schwächer als bei den Depressiven.

> Wenn bei den Jugendlichen mit Entwicklungskrisen an dieser Stelle das Problem der Dissimulation in die Diskussion gebracht wurde, um die mögliche Unauffälligkeit von Untersuchungsergebnissen teilweise zu erklären, so muß an dieser Stelle auf die mögliche Tendenz zur Aggravation hingewiesen werden, die einen Teil der mitunter extremen Ausprägung von Persönlichkeits- und Problemdaten erklären könnte.

Das Bild der Auffälligkeit in der Problemanalyse wird deutlich differenziert, wenn man die Neurotiker unterteilt in Neurotiker mit dysthymischen Reaktionsformen und extravertierte Neurotiker:

Insgesamt erweist sich die Gruppe der neurotischen Jugendlichen mit Suizidhandlungen als mäßig belastet durch Probleme der Zukunftsorientierung sowie die kritische Betrachtung der eigenen Person. Besonders inhomogen ist diese Personengruppe in der Bewertung schulischer und innerfamiliärer Probleme und Konflikte sowie der "allgemeinen" Probleme, wo sich die introvertierten deutlich von den extravertierten Neurotikern derart unterscheiden, daß introvertierte Neurotiker eher Probleme der Anpassung an Leistungsnormen und Autoritätspersonen in der Schule zeigen; Versagens- und Autoritätsängste führen hier zu einer stärkeren Bedeutungsverleihung an diese Themen. Extravertierte Neurotiker dagegen neigen eher zur Projektion ihrer Probleme ins familiäre Umfeld und in den weniger persönlichen Bereich der weltanschaulichen Thematik.

III.2.4. Bewertung der taxonomischen Prozedur

Die Stabilität der in der Clusteranalyse ermittelten Personengruppierungen wurde in einer gemeinsamen Clusteranalyse aller klinisch auffälligen Jugendlichen (Kriteriumsstichprobe und klinische KG) überprüft. Das Ergebnis zeigte a) daß die Clusterbildung auch in einer größeren Stichprobe wiederzuerkennen ist; darüber hinaus fanden sich b) anteilsmäßig in jedem der so gefundenen Personenclusters etwa gleich viele Selbstmordversucher wie klinisch sonstig auffällige Jugendliche. Die - im Vergleich zur Normal-KG - relativ starke Ähnlichkeit zwischen den Persönlichkeitsbildern der Selbstmordversucher und der klinischen KG entspricht der auch im verallgemeinernden Stichprobenvergleich gefundenen Ähnlichkeit der Merkmalsausprägungen. Im Hinblick auf Persönlichkeitsprofile besteht somit größere Ähnlichkeit zwischen Selbstmordversuchern und klinisch auffälligen Nicht-Selbstmordversuchern desselben Clusters einerseits als zwischen Selbstmordversuchern unterschiedlicher Personenclusters andererseits. Insofern bestätigt der klassenbildende Forschungsansatz empirisch die Ergebnisse des verallgemeinernden Forschungsansatzes, als es auch in der taxonomischen Prozedur beider klinischer Stichproben zu keiner einzigartig spezifizierenden Untergruppenbildung kam.
Insbesondere aufgrund der hohen Merkmalsvarianz innerhalb der Kriteriumsstichprobe und aufgrund der erfolgreichen Klassifikation, die zu einer deutlichen Abgrenzung zwischen den einzelnen Personenclusters führte,

muß geschlossen werden, daß es an jener Stelle zu einem Umdenken kommen muß, an der man das Leitsymptom "Selbstmordversuch" mit individuellen Hypothesen über weitere Persönlichkeitsattribute versieht. Man kann nicht - dies zeigen insbesondere die erfolgreich verlaufenden Klassifikationsversuche - von "dem" typischen suizidalen Jugendlichen sprechen, ohne außer acht zu lassen, daß es eine bestimmte Anzahl von Persönlichkeitstypen klinisch auffälliger Jugendlicher gibt, unter denen die Suizidversucher in jedem einzelnen Typ ein gewisses Kontingent stellen. Insofern ist die Problematik der Suizidalität auf der Ebene der Persönlichkeitsmerkmale nicht weiter gelöst, als daß gesagt werden kann: Suizidalität kann bei allen Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter auftreten. Sie ist nicht persönlichkeitsspezifisch unter der Voraussetzung, daß in dieser Untersuchung die wesentlichen Merkmale der Persönlichkeit erfaßt wurden, soweit man sie psychodiagnostisch erfassen kann.

> Unter dieser Voraussetzung ist - wie die therapeutische Praxis zeigt - die Psychotherapie eines jugendlichen Selbstmordversuchers immer die Psychotherapie einer multipel gestörten Persönlichkeit, unabhängig vom jeweiligen Ausprägungsgrad der Suizidalität. Im Rahmen der Etablierung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Patient hat Suizidalität des Patienten dann nach einiger Zeit oftmals den Stellenwert eines "operant" zur Erlangung größerer Zuwendung und Aufmerksamkeit durch den Therapeuten, quantifizierbar durch die aufgebrachte Therapiezeit.

Die Personenclusterung zeigt auch auf dem Gebiet der Problemanalyse deutliche Differenzen zwischen den Gruppen von Jugendlichen mit Selbstmordversuchen auf. Einschränkend muß allerdings an dieser Stelle hinzugefügt werden, daß a) aufgrund der Stichprobengröße (nur 33 Probanden wurden mit dem PfJ getestet) und b) aufgrund der Fragwürdigkeit der testtheoretischen Qualität des PfJ diesem Teil der Untersuchung nur der Charakter einer Pilot-Studie zur ersten Orientierung zuerkannt werden kann.

Symptomatologisch zeigt sich bei der Dreiteilung der Kriteriumsstichprobe (Krise, Depression, Neurose) ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang mit den empirischen Klassifikationen anhand der Persönlichkeitsdaten. Der FPI-Klassifikation zufolge besteht die Untersuchungsstichprobe

zu 26% aus Jugendlichen mit Entwicklungskrisen,
zu 24% aus Jugendlichen mit Depressionen,
zu 50% aus Jugendlichen mit Neurosen.

Die Frage, die sich an dieser Stelle erheben kann, ist die der Abwägung einer Klassifikation durch Persönlichkeitsdaten gegenüber einer symptomatologischen Klassifikation. In beiden Klassifikationen finden sich Schwächen bei der Frage nach den Gütekriterien: Wenn man als Ziel der Untersuchung jugendlicher Selbstmordversucher eine Diagnose im Sinne einer schlagwortartigen Störungsbezeichnung nach klinischen Gesichtspunkten ansieht, so zeigen sich bei der symptomatologischen Klassifikation überwiegend Reliabilitätsprobleme, also im Prozeß der Datengewinnung durch Anamnese, Exploration und mitunter durch Beobachtung "vor Ort". Auch die Klassifikation selbst wirft Reliabilitätsprobleme auf, etwa bei der Frage, wieviel "neurotische Symptomatik" zur Diagnose "Neurose" erforderlich ist.
Bei der Klassifikation durch FPI-Daten zeigen sich dagegen vorwiegend Validitätsprobleme. Diese liegen insbesondere darin, daß Persönlichkeitsdiagnose und klinische Störung nicht immer deckungsgleich sind (s.z.B. SCHMIDT und BECKER, 1978). Demgegenüber sind die Reliabilitätsprobleme in der Datenerhebung und der Klassifikation als vergleichsweise gering anzusehen.

> Aber auch in der symptomatologischen Zuordnung finden sich Validitätsprobleme an der Stelle, an der unterschiedliche diagnostische "Raster" in verschiedenen Untersuchungen bzw. bei verschiedenen Untersuchern Verwendung finden. Beispielsweise verwendet BRON (1976) in einer Studie über 91 Selbstmordversucher zwischen 14 und 25 Jahren die Diagnose "abnorme jugendliche Persönlichkeit". Es zeigt sich dann in der näheren Beschreibung des Syndroms, daß in der Studie von BRON unter diesem Typ eine annähernde Entsprechung zum Typ C_2 des hier empirisch ermittelten extravertierten Neurotikers besteht. Somit existiert in der klinischen Forschung über Jugendliche weiterhin das Problem, bei unterschiedlichen Syndrombezeichnungen entsprechende Symptomkonfigurationen zu finden, wobei es sich dann allerdings eher um Probleme der e x t e r n e n Validität von Untersuchungen handelt, bei denen es also um die Frage einer möglichen Verallgemeinerung der Ergebnisse geht (CAMPBELL und STANLEY 1966).

Insofern läßt sich keiner der beiden Klassifikationen der Vorzug gegenüber der jeweils anderen geben. Wenn auch die Messung mit Hilfe des Freiburger Persönlichkeits-Inventars und die hieraus resultierende Klassifikation objektiver, reliabler und ökonomischer ist, so kann sie doch die symptomorientierte Datenerhebung nicht ersetzen. Sie kann jedoch einen wesentlichen Beitrag zur Absicherung der unscharfen und auf "weichen" Daten beruhenden symptomatologischen Klassifikation liefern; sie kann gegebenenfalls Anlaß

zu weiterer Datenerhebung sein, zur Klärung widersprüchlicher Befunde beitragen und schließlich bei der Entwicklung von Therapiekonzepten differentiellen Gesichtspunkten, wie sie z.B. von SCHMIDTCHEN (1978) in die Therapie-Diskussion eingeführt wurden, Rechnung tragen.

III.3. Beantwortung der Fragestellungen und Hypothesen

Fragestellung A, die die Erforschung von Unterschieden zwischen den Persönlichkeitsdaten jugendlicher Selbstmordversucher im Vergleich zu klinisch anderweitig auffälligen Jugendlichen und normalen Jugendlichen begründet, läßt sich abschließend wie folgt beantworten:
In den Persönlichkeitseigenschaften Depressivität und Erregbarkeit unterscheiden sich die Kennwerte der Gruppe der jugendlichen Selbstmordversucher sowohl von den Daten klinisch anderweitig auffälliger Jugendlicher als auch von den Daten normaler Jugendlicher. Verglichen mit normalen Jugendlichen finden sich darüber hinaus Parameterdifferenzen in den Bereichen Nervosität, Geselligkeit, Gelassenheit, Gehemmtheit, Extraversion, emotionale Labilität sowie Maskulinität. Die Jugendlichen nach Selbstmordversuchen erweisen sich demzufolge als persönlichkeitspsychologisch in starkem Maße auffällige Jugendliche.

Hypothese 1 kann als verifiziert angesehen werden: Jugendliche Selbstmordversucher zeigen im Stichprobenmittel erhöhte Depressivitätswerte.

Hypothese 2 kann als teilweise verifiziert angesehen werden : Jugendliche Selbstmordversucher zeigen in der Persönlichkeitseigenschaft Erregbarkeit vergleichsweise hohe Stichprobenvarianzen. Daneben zeigen paarweise durchgeführte Gruppenvergleiche, daß die Stichprobe der Selbstmordversucher sich von den anderen Stichproben auch in anderen Persönlichkeitsbereichen besonders häufig durch höhere Varianzwerte unterschied.

In Fragestellung B wurde die Frage der Erforschung empirischer Untergruppenbildung in der Stichprobe der jugendlichen Selbstmordversucher aufgeworfen. Fragestellung B läßt sich wie folgt beantworten :
In der Stichprobe der Jugendlichen mit Suizidversuchen lassen sich Gruppen mit statistisch voneinander unterscheidbaren Persönlichkeitsprofilen bilden, so daß von unterschiedlichen "Typen von Suizidversuchern" gesprochen werden kann. Es lassen sich voneinander unterscheiden:

a) Persönlichkeitspsychologisch unauffällige Jugendliche (statistische Durchschnittswerte dominieren in dieser Gruppe), bei denen die Diagnose "Entwicklungskrise" in Ermangelung eines psychopathologischen Bildes zu stellen wäre,

b) Jugendliche mit Persönlichkeitsprofilen, die auf das Vorliegen einer depressiven Persönlichkeit schließen lassen sowie
c) Jugendliche mit Persönlichkeitsprofilen, die auf das Vorliegen einer neurotischen Störung deuten. Hier lassen sich die Neurotiker mit dysthymischen Reaktionsformen von den Neurotikern mit soziopathischen oder hysterischen Reaktionsformen unterscheiden.

Insofern kann Hypothese 3, in welcher die Möglichkeit einer derartigen Typologie postuliert wird, als verifiziert angesehen werden.

Hypothese 4 postuliert die Stabilität der Typbildung anhand eines Clusterungsprozesses in einer größeren klinischen Stichprobe. Hypothese 4 ist als verifiziert anzusehen mit der Anmerkung, daß aus dem Gruppierungsprozeß einer größeren Stichprobe keinerlei suizidalitäts-spezifizierende Persönlichkeitsprofile zu erkennen sind.

Fragestellung C, die der Erforschung der empirischen Typologie auf der Ebene von Problemdaten und Symptomdaten zugrundeliegt, läßt sich abschließend wie folgt beantworten:
Die empirisch ermittelte Personengruppierung steht in einem statistisch abgesicherten Zusammenhang zur symptomatologischen Klassifikation,wenn man die diagnostische Unterscheidung "Entwicklungskrise", "Depression" und "Neurose" zugrundelegt. Darüber hinaus zeigt sich unter dem Aspekt sowohl der Problembelastung, als auch des Stellenwerts einzelner Problembereiche, daß die empirisch ermittelte Personengruppierung auch auf der Ebene der Problemanalyse einer differentiellen Betrachtung zugänglich ist. Insofern kann von einer ersten Validierung der Personenclusterung jugendlicher Selbstmordversucher gesprochen werden.

Hypothese 5 kann als verifiziert angesehen werden : Mit einer Korrelation von .71 zeigen sich symptomatologische Entsprechungen zur empirischen Klassifikation anhand der Persönlichkeitsmerkmale.

Hypothese 6,in der ein Zusammenhang zwischen unterschiedlicher Problemstruktur und Persönlichkeitsklassifikation postuliert wird, kann ebenso als verifiziert angesehen werden.

IV. Kritische Anmerkungen

Die in dieser Rückschau zu treffenden Anmerkungen zielen ab auf die Gütekriterien einer Untersuchung, die sich differentieller Methoden der Datengewinnung bedient: Standardisierte Fragebogen, anamnestische und Explorationsdaten liefern die Grundlage für die hier ansetzende Kritik.
Unter Reliabilitätsgesichtspunkten sind vor allem die von unterschiedlichen Untersuchern mit nur geringgradig vereinheitlichten Fragetechniken erhobenen Symptome und Anlässe für Suizidhandlungen zu erwähnen. Während diese Kritik im Hinblick auf die Erhebung der jeweiligen Anlässe für die Untersuchung praktisch ohne Relevanz ist, liefern die erhobenen Symptomdaten wichtiges Vergleichsmaterial zur Validierung der empirischen Klassifikation. Unter diesem Gesichtspunkt wäre z.B. die Verwendung einer einheitlichen Symptomliste in Fragebogenform sicherer gewesen.
Kritisch sind unter dem Gesichtspunkt der Gütekriterien auch die Meßeigenschaften des "Problemfragebogens für Jugendliche" zu bewerten, bei welchem besonders eine Umwandlung in intraindividuell gewichtete Rohdaten zu gruppendifferenzierenden Parameterbildungen führt. Die Fragwürdigkeit dieser Gewichtung, die eine Ausschaltung des individuellen Antwortmusters zugunsten der Ermittlung eines Problempatterns zum Ziel hat, wird bereits von HOBROCKER, RAMBOW und SCHMITZ (1980) diskutiert.
Insbesondere in Zusammenhang mit den Daten der Problemanalyse ist die Stichprobengröße in dieser Untersuchung zu diskutieren: Bei einem N von 50 (bzw. im Falle der Problemanalyse: N = 33) sind klassifizierende Studien oftmals der geringen Untergruppengröße wegen methodischen Beschränkungen unterworfen. Im Falle der hier vorliegenden Untersuchung hätte unter clusteranalytischen Aspekten auch eine 5-Gruppen-Lösung gewählt werden können; dies erwies sich unter dem Aspekt der statistischen Weiterverarbeitung als kaum möglich.
Zu einem gewissen Teil wurde der Mangel des geringen Stichprobenumfangs durch die gemeinsame Clusteranalyse von Selbstmordversuchern und klinischen Kontroll-Probanden kompensiert, so daß sich die Clusterung letztlich als relativ stabil erwies. Es hätte jedoch bei wesentlich größerem N, z.B. mit Hilfe einer Diskriminanzanalyse, stärker herausgearbeitet werden können, wo (d.h. in welchen Eigenschaften insbesondere) die gruppendifferenzierenden Merkmale liegen. Insbesondere jedoch im Zusammenhang mit den Daten zur Problemanalyse ist der hier vorliegenden Untersuchung nur der

Charakter einer Pilot-Studie zuzubilligen.

Schließlich ist anzumerken, daß die Persönlichkeitsklassifikation bzw. eine andere Art von Störungsklassifikation für die Entwicklung differentieller Therapiestrategien wesentlich ist, daß bisher jedoch infolge mangelnder Entwicklung solcher Strategien (s.z.B. BOMMERT 1980; HOBRÜCKER 1980) als noch nicht sicher gelten kann,

a) welches die differenzierenden diagnostischen Methoden zu sein haben;
b) auf welchem Abstraktionsniveau (z.B. spezifische Verhaltensstörung - Persönlichkeitseigenschaft - Eigenschaften-Bündel) für welche Therapieansätze eine optimale Differenzierung vorgenommen werden kann;
c) ob also gerade die hier gewählte Methode der Klassifikation anhand von Persönlichkeitseigenschaften nach dem FPI einen gangbaren Weg zur therapierelevanten Differenzierung darstellen kann.

Insofern stellt sich kritisch für diese Untersuchung auch ein Relevanzproblem der hier vorgenommenen Gruppendifferenzierung, wenn auch die praktische Erfahrung - gepaart mit einer spezielleren therapietheoretischen Ausrichtung nach klientenzentrierten Gesichtspunkten - für die Differenzierung nach dem hier vorgestellten Vorgehen spricht.

Zusammenfassung

Die hier vorgestellte Untersuchung läßt sich als ein großenteils gelungener Versuch ansehen, die in einer klinischen Institution vorgestellten Jugendlichen mit Suizidhandlungen persönlichkeitspsychologisch zu differenzieren.
Mit Hilfe eines clusteranalytischen Verfahrens kommt es zu einer deutlichen Typbildung im Sinne voneinander unterscheidbarer Persönlichkeitsprofile. Kontrollgruppenvergleiche ergaben, daß unter Persönlichkeitsaspekten nur geringe Unterschiede zwischen jugendlichen Selbstmordversuchern und klinisch sonstig auffälligen Jugendlichen stehen:
Jugendliche mit Selbstmordversuchen haben signifikant höhere Depressivitätswerte und stärker streuende Erregbarkeitswerte als klinisch sonstig auffällige Jugendliche. Das klassifikatorische Vorgehen weist als Grund für diese Ähnlichkeit der beiden klinischen Stichproben aus, daß jugendliche Selbstmordversucher eine in sich sehr heterogene Gruppe von Jugendlichen darstellen: Jugendliche mit Entwicklungskrisen, depressive Jugendliche und neurotische Jugendliche mit zwei differenzierbaren Persönlichkeitsstörungen bilden die hier vorgestellte Kriteriumsstichprobe.
Die in den einzelnen Gruppen vorgefundene Symptomatik der Probanden sowie die Analyse der Problemdaten bei einem Teil der Probanden der Kriteriumsstichprobe unterstützen die typologisierende Sichtweise.

Unter diesen Aspekten ist Suizidalität im Jugendalter nicht in Zusammenhang mit einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zu bringen. Sie erweist sich vielmehr als ein ubiquitäres Problem bei klinisch-psychologischen Störungen im Jugendalter.

Literaturverzeichnis

1. BAUMANN,U.: Psychologische Taxometrie.
Bern: Huber 1971

2. BECK,A.T.: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose - Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen.
München: Pfeiffer 1979

3. BHAGAT,M.: The Spouses of Attempted Suicides: A Personality Study.
Brit.J.Psychiat. 128 (1976), 44-46

4. BOMMERT,H.: Möglichkeiten und Grenzen des Gesprächs als therapeutisches Medium.
In: SCHMIDTCHE,S.u. F.BAUMGÄRTEL (Hrsg.): Methoden der Kinderpsychotherapie.
Stuttgart: Kohlhammer 1980

5. BOSTOCK,T., C.L.WILLIAMS: Attempted Suicide as an Operant Behavior.
Arch.gen.Psychiat. 31 (1974), 482-486

6. BRICKENKAMP,R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests.
Göttingen: Hogrefe 1975

7. BRATEN,L.J., C.O.DARLING: Suicidal Tendencies among College Students.
Omega 4 (1973), 305-312

8. BRON,B.: Suizidversuche bei jungen Menschen.
Fortschr.Neurol.Psychiat. 44 (1976), 435-446

9. CAMPBELL,D.T., J.C.STANLEY: Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research.
Chicago: Rand McNally 1966

10. CRANACH,M.v., H.G.FRENZ: Systematische Beobachtung.
In: GRAUMANN,C.F.(Hrsg.): Handbuch der Psychologie Band 7/1
Göttingen: Hogrefe 1969

11. CRUMLEY,F.E.: Adolescent Suicide Attempts.
J.Amer.Med.Ass. 241 (1979), 2404-2407

12. DEVRIES,A.G.: Identification of Suicidal Behavior by Means of the MMPI.
Psychol. Rept. 19 (1966), 415-419

13. DEVRIES,A.G.: A Potential Suicide Personality Inventory.
Psychol.Rept. 18 (1966), 731-738

14. DEVRIES,A.G., E.S.SHNEIDMAN: Multiple MMPI Profiles of Suicidal Persons.
Psychol.Rept. 21 (1967), 401-405

15. DORSCH,F.: Psychologisches Wörterbuch.
Hamburg/Bern: Meiner/Huber 1980

16. DÖHRSSEN,A.: Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. Beiheft 9 (1967)

17. EGGERT,D.: E-P-I. Das EYSENCK-Persönlichkeits-Inventar.
Göttingen: Hogrefe 1974

18. EL-GAALY,A.A.: Social Dysfunction in Depressives and Attempted Suicides.
Acta Psychiat.Scand. 50 (1974), 341-345

19. EYSENCK,H.J.: The Dynamics of Anxiety and Hysteria.
London: Routledge & Kegan Paul 1957

20. EYSENCK,H.J., S.RACHMAN: Neurosen - Ursachen und Heilmethoden.
Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften 1967

21. FAHRENBERG,J., H.SELG, R.HAMPEL: Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI).
Göttingen: Hogrefe 1978

22. FARBEROW,N.L., A.G.DEVRIES: An Item Differentiation Analysis of MMPIs Suicidal Neuropsychiatric Hospital Patients.
Psychol.Rept. 20 (1967), 607-617

23. FORSCHUNGSBERICHT des Fachbereichs Medizin, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie.
"Christiana Albertina"Forschungsbericht und Halbjahres-schrift der Universität Kiel. Heft 8 (1978)

24. GRAUMANN,C.F.: Eigenschaften als Problem der Persönlichkeits-forschung.
In: LERSCH,P. u. H.THOMAE (Hrsg.): Handbuch der Psychologie Band 4
Göttingen: Hogrefe 1960

25. GUSS,K. (Hrsg.): Gestalttheorie und Fachdidaktik.
Darmstadt: Steinkopff 1977

26. HENDERSON,A.S. et al.: A Typology of Parasuicide.
Brit.J.Psychiat. 131 (1977), 631-641

27. HENDIN,H.: Student Suicide: Death as a Life Style.
J.Nerv.Ment.Dis. 160 (1975), 204-219

28. HOBI,V., A.KLÄR: Eine gemeinsame Faktorenanalyse von MMPI, FPI und 16-PF.
Z.klin.Psychol. 2 (1973), 27-48

29. HOBRÜCKER,B.: Interaktionsstrategien in der Psychotherapie - dargestellt am Beispiel depressiver Jugendlicher.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 28 (1979), 169-176

30. HOBRÜCKER,B.: Arbeitsgruppenbereicht: Möglichkeiten und Grenzen des Gesprächs als therapeutisches Medium.
In: SCHMIDTCHEN,S., F.BAUMGÄRTEL (Hrsg.): Methoden der Kinderpsychotherapie.
Stuttgart: Kohlhammer 1980

31. HOBRÜCKER,B.: Komponenten des suizidalen Einstellungsmusters von Jugendlichen.
Prakt.Arzt 20/21 (1980), 2501-2507

32. HOBRÜCKER,B., A.KALBERLAH: Vermeidungsverhalten in der erzieherischen Situation auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung.
Z.Heilpäd. 1980, 529-537

33. HOBRÜCKER,B., V.RAMBOW, G.SCHMITZ: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 29 (1980) im Druck

34. HOFFMANN,N. (Hrsg.) Depressives Verhalten. Psychologische Modelle der Ätiologie und Therapie.
Salzburg: O. Müller 1976

35. HOFSTÄTTER,P.R., D.WENDT: Quantitative Methoden der Psychologie.
München: Reinhardt 1967

36. JACOBS,J.: Selbstmord bei Jugendlichen.
München: Kösel 1974

37. KATSCHNIG,H., P.SINT: Are there different types of attempted suicides ? A cluster analytic approach.
Proceedings of the 7th International Conference for Suicide Prevention, Amsterdam 1973, pp. 268-279

38. KIESLER,D.J.: Die Mythen der Psychotherapieforschung und ein Ansatz für ein neues Forschungsparadigma.
In: PETERMANN,F.(Hrsg.): Psychotherapieforschung.
Weinheim: Beltz 1977

39. KIEV,A.: Prognostic Factors in Attempted Suicide.
Amer.J.Psychiat. 131 (1974), 987-990

40. KIEV,A.: Cluster Analysis Profiles of Suicide Attempters.
Amer.J.Psychiat. 133 (1976), 150-153

41. KIEV,A.: The Suicidal Patient: Recognition and Management.
Chicago: Nelson Hall 1977

42. KRAMPEN,G.: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten -
ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala).
Med.Psychol. 5 (1979), 39-49

43. KREITMAN,N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid.
Nervenarzt 51 (1980), 131-138

44. KRETSCHMER,E.: Hysterie, Reflex und Instinkt.
Stuttgart: Thieme 1958

45. KUWALIK,H., J.OTT, M.GEYER: Die Psychotherapie der Suizidalität.
Psychiat.Neurol.med.Psychol. 29 (1977), 490-497

46. LESTER,D.: Attempts to Predict Suicidal Risk using Psychological
Tests.
Psych.Bull. 74 (1970), 1-17

47. LESTER,D., A.T.BECK: Suicidal Intent, Medical Letality of the
Suicide Attempt and Components of Depression.
J.Clin.Psychol. 31 (1975), 11-12

48. LESTER,D., A.T.BECK: Suicidal Wishes and Depression in Suicidal
Ideators: A Comparison with Attempted Suicides.
J.Clin.Psychol. 33 (1977), 92-94

49. LÖWNAU,H.W.: Suizidale Tendenzen bei neurotischen Kindern
und Jugendlichen.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 19 (1970), 165-167

50. MALMQUIST,C.P.: Childhood Depression: A Clinical and Behavioral
Perspective.
In: SCHULTERBRANDT,J.C.u. A.RASKIN (Ed.):
Depression in Childhood. Diagnosis, Treatment and
Conceptual Models.
New York: Raven Press 1977

51. MARKS,P.A., D.L.HALLER: Now I lay me down for keeps:
A study of adolescent suicide attempts.
J.Clin.Psychol. 33 (1970), 390-400

52. McHUGH,P.R., H.GOODELL: Suicidal Behavior - A Distinction in
Patients with Sedative Poisoning seen in a
General Hospital.
Arch.gen.Psychiat. 25 (1971), 456-464

53. METZGER,W.: Psychologie.
Darmstadt: Steinkopff 1975

54. MINKOFF,K., E.BERGMAN, A.T.BECK, R.BECK: Hopelessness, Depression and Attempted Suicide.
Amer.J.Psychiat. 130 (1973), 455-459

55. PALLIS,D.J., J.BIRTCHNELL: Seriousness of Suicide Attempt in Relation to Personality.
Brit.J.Psychiat. 130 (1977), 253-259

56. PAYKEL,E.S., E.RASSABY: Classification of Suicide Attempters by Cluster Analysis.
Brit.J.Psychiat. 133 (1978), 45-52

57. PIEL,W.: Kleines Lehrbuch der Lernpsychologie.
Braunschweig: Westermann 1977

58. PIEL,W.: Gestalttheorie als Wissenschaft und als Wissenschaftstheorie.
In: GUSS,K. (Hrsg.): Gestalttheorie und Sozialarbeit.
Darmstadt: Steinkopff 1979

59. PIEL,W.: Das Erlernen von Motiven durch Objektion als Gestaltungsprozeß.
Gestalt Theory 2 (1980), 51-61

60. PIERCE,D.W.: Suicidal Intent in Self-Injury.
Brit.J.Psychiat. 130 (1977), 377-385

61. PLUTCHIK,R.S.: Foundations of Experimental Research.
New York: Harper & Row 1968

62. PÖLDINGER,W.: Die Abschätzung der Suizidalität.
Bern: Huber 1968

63. PÖLDINGER,W., G.SONNECK: Die Abschätzung der Suizidalität.
Nervenarzt 51 (1980), 147-151

64. POHLMEIER,H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung.
München: Urban & Schwarzenberg 1979

65. POHLMEIER,H.: Schulstreß und Selbstmord.
Suizidprophylaxe 23 (1980), 82-89

66. POKORNY,A.D., H.B.KAPLAN, S.Y.ISAI: Hopelessness and Attempted Suicide: A Reconsideration.
Amer.J.Psychiat. 132 (1975), 954-956

67. PONGRATZ,L.: Lehrbuch der Klinischen Psychologie.
Göttingen: Hogrefe 1973

68. REITER,L., H.STROTZKA: Der Begriff der Krise.
Psychiat.clin. 10 (1977), 7-26

69. RINGEL,E.: Die Besonderheiten des praesuicidalen Syndroms bei Jugendlichen.
Kinderarzt 11 (1980), 541-546

70. RINGEL,E., W.SPIEL, M.STEPAN: Untersuchungen über kindliche Selbstmordversuche.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpsychiat. 4 (1955), 161-167

71. ROLLETT,B., M.BARTRAM: Die hierarchische Clusteranalyse in der pädagogisch-psychologischen Forschung.
In: ROLLETT,B. u. M.BARTRAM (Hrsg.): Einführung in die hierarchische Clusteranalyse.
Stuttgart: Klett 1976

72. SCHMIDT,L., P.BECKER: Psychogene Störungen.
In: PONGRATZ, L. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 8/2, S. 330-434
Göttingen: Hogrefe 1978

73. SCHMIDTCHEN,S.: Psychologische Tests für Kinder und Jugendliche.
Göttingen: Hogrefe 1975

74. SCHMIDTCHEN,S.: Handeln in der Kinderpsychotherapie.
Stuttgart: Kohlhammer 1978

75. SCHMIDTCHEN,S., B.HOBRÖCKER: Effektivitätsüberprüfung der klientenzentrierten Spieltherapie bei Kindern aus Erziehungsberatungsstellen.
Prax.Kinderpsychol.Kinderpschiat. 27 (1978), 117-125

76. SCHMITZ,G.: Motivationsanalyse und seelische Entwicklungsbedingungen bei Jugendlichen nach Suizidversuchen.
Prakt.Arzt 1980, 2082-2094

77. SCHMITZ,G.: Untersuchungen zur Motivation von Suizidhandlungen im Jugendalter (Arbeitstitel)
Dissertation im Manuskript
Kiel 1980

78. SELIGMAN,M.E.P.: Erlernte Hilflosigkeit (Helplessness)
München: Urban & Schwarzenberg 1979

79. SIEGEL,S.: Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences.
New York: Mc Graw Hill 1956

80. SONNECK,G.: Suizidhandlungen und Krisenintervention.
Psychiat.clin. 10 (1977), 131-139

81. SONNECK,G.:, J.GRONBERGER, E.RINGEL: Experimental Contribution to the Evaluation of the Suicidal Risk of Depressive Patients. Psychiat.clin. 9 (1976), 84-96

82. SPERLING,E.: Das therapeutische Gespräch mit Suicidalen. Nervenarzt 42 (1972), 409-411

83. STORCK,J.: Fragebogentest zur Beurteilung der Suizidgefahr. Salzburg: O. Müller 1972

84. STRUNZ,K.: Das Problem der Persönlichkeitstypen. In: LERSCH,P. u. H.THOMAE: (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Band 4 Göttingen: Hogrefe 1960

85. SÖLLWOLD,F., M.BERG: Problemfragebogen für Jugendliche. Göttingen: Hogrefe 1967

86. TÖCKE,M.: Taxometrische Grundlagen unter besonderer Berücksichtigung des WARDschen Algorithmus. In: ROLLETT,B. u. M.BARTRAM (Hrsg.): Einführung in die hierarchische Clusteranalyse. Stuttgart: Klett 1976

87. WALTER,H.J., I.WALTER: Die klinische Psychologie muß Gestalt annehmen. In: Neue Formen der Psychotherapie (Psychologie heute - Sonderband), S. 19-27 Weinheim: Beltz 1980

88. WOLD,C.J., N.TABACHNIK: Depression as an Indicator of Lethality in Suicidal Patients. In: FRIEDMAN,R.J. u. M.M.KATZ (Hrsg.): The Psychology of Depression. Washington: Winston 1974

89. WOLFE,R., S.COTLER: Undergraduates who Attempt Suicide compared with Normal and Psychiatric Controls. Omega 4 (1973), 305-312

A n h a n g

(Tabelle I bis VII)

Tab. I : Kriteriumsstichprobe

Laufende Nummer, Alter, Geschlecht, Bildungsstatus, Anlaß der Suizidhandlung; Diagnosen und Symptome aus der Symptomliste der Jugendlichen nach Selbstmordversuchen.

Lfd. Nr.	Alter	m/w	Bildungsstatus	Anlaß[+)]	Diagnose[++)]	Symptome[+++)] (außer "1.Suizidversuch")
001	15;4	w	Ha	8	K (A)	28,30
002	15;10	w	Gy	4	K (A)	21,31,39
003	16;1	w	Re	2	D (B)	2,20,21,29,31,33
004	15;3	w	Gy	5	N (C1)	8,21,25,28,31,35, 39
005	15;0	w	Ha	7	N (B)	4,8,21,27,28
006	15;0	w	Gy	5	N (C1)	8,22,26,28,30,31
007	14;11	w	Re	2	D (B)	2,3,4,5,10,11,19, 21,22,29,30,31,36
008	16;5	w	Ha	3	N (C2)	6,11,21,26,28,41
009	16;1	w	Gy	6	N (A)	4,25,28,33
010	17;3	m	Ha	1	K (C2)	11,29,30
011	14;10	w	Re	3	K (A)	29
012	16;4	w	Ha	4	N (C2)	2,4,8,9,11,13,16, 19,25,28,31,33
013	15;6	w	Re	6	N (C1)	3,4,21,29,30,31,3
014	17;8	w	Re	6	N (C1)	2,4,5,20,21,30, 31,36
015	14;9	w	Ha	5	K (A)	18,28
016	17;6	m	Re	3	N (C2)	5,9,11,18,26,37
017	15;5	m	Gy	3	K (A)	11,26,33,39
018	15;9	w	Ha	3	N (C2)	8,18,26,28,39,40
019	15;8	w	Ha	1	N (C2)	4,5,9,18,25,39
020	14;9	w	So	6	N (C1)	2,10,18,21,28, 30,34
021	15;3	w	Re	1	( ) (A)	(nicht ermittelba
022	17;10	w	Ha	5	D (B)	2,4,9,15,21,29,30 31,33,41
023	16;2	w	Ha	3	K (C2)	11,28
024	17;5	w	Gy	3	N (B)	16,21,31,33

(Forts.Tab.I)

Lfd.Nr.	Alter	m/w	Bildungs-status	Anlaß[+)]	Diagnose[++)]	Symptome[+++)] (außer "1. Suizid-versuch")
025	15;3	w	Gy	6	N (C2)	2,3,6,9,10,16,17, 18,21,28,33
026	17;6	w	Ha	1	K (A)	33,37,40
027	15;8	w	Ha	4	N (C1)	8,9,26,27,31
028	16;10	w	Re	3	( )	(nicht ermittelbar)
029	15;8	w	Re	6	N (A)	2,18,28,30,31,33,41
030	17;0	w	So	5	D (A)	3,7,29,30
031	15;7	m	Ha	6	N (C1)	16,21,27,29,30,33
032	14;10	w	Ha	6	K (A)	18,41
033	16;10	m	Re	2	D (B)	2,3,5,8,21,22,28, 30,31,40
034	15;0	m	So	2	K (C1)	27,39,40
035	16;10	w	Ha	3	D (B)	2,4,5,8,11,15,28, 30,31,36,41
036	17;9	w	Re	3	N (C1)	4,8,9,16,21,28, 30,31,33
037	17;1	w	Re	3	N (C1)	8,10,11,28,30,31, 33,34,39
038	17;3	w	Gy	1	N (C2)	4,8,10,22,27,28, 31,34
039	18;8	w	Gy	1	N (C2)	2,4,7,9,12,16,17, 23,25,28
040	18;11	w	Re	2	N (B)	4,8,9,14,20,21, 27,28,33
041	16;5	w	Gy	-	( )	(nicht ermittelbar)
042	15;9	w	Re	2	K (A)	19,33
043	16;5	w	Ha	5	N (C2)	4,5,6,9,20,26, 28,39
044	16;4	w	Gy	3	D (B)	2,4,5,6,11,15,18, 21,29,30,34
045	16;5	w	Re	7	D (B)	2,4,11,15,18,26, 28,31,33,39
046	16;1	w	Ha	2	N (C1)	11,21,26,28,39
047	15;9	m	Re	2	N (C2)	14,26,28,33
048	15;8	w	Ha	7	K (A)	21,34,39,40
049	16;5	w	Gy	3	N (C1)	6,28,31,33
050	15;10	w	Gy	6	D (B)	3,21,31,33

Erläuterungen zu Tab. I : Kriteriumsstichprobe

+) Anlässe entsprechend der Nummerierung im Text Seite 40

++) Abkürzungen : Krise (K); Depression (D); Neurose (N);
in Klammern daneben Zugehörigkeit zum FPI-Personencluster
entsprechend den im Text verwendeten Kennzeichnungen.

+++) Symptom-Code siehe Tab. II

Tab. II : Symptom-Codierung

(1. Suizidversuch)
2. Einschlafstörungen
3. Durchschlafstörungen
4. Kopfschmerzen mehrmals im Monat
5. Magenschmerzen mehrmals im Monat
6. Dysmenorrhoe
7. Amenorrhoe
8. Eßstörungen Gier
9. Eßstörungen Unlust
10. Tablettenabusus über längere Zeit
11. Alkoholabusus über längere Zeit
12. Rauschmittelabusus
(13. Rauchen: nicht ausgewertet wegen fehlerhafter Erfassung)
14. Tic
15. "Sexuelle Zügellosigkeit"
16. Sexuelle Ängste
17. Impotenz/Frigidität
18. Nägelkauen
19. Nägelreißen
20. Phobien i.e.S.
21. allg.Ängstlichkeit
22. Zwangsgrübeln
23. Zwangsbefürchtungen
24. Zwangshandlungen
25. Psychogene Organstörungen (Ohnmacht,Gangstörung etc.)
26. Aggressivität
27. Pseudologie
28. Stimmungslabilität
29. dauernde Verstimmtheit
30. Passivität,Initiativelosigkeit
31. soziale Isoliertheit
32. Enuresis
33. Versagen in Schule/Lehrstelle
34. Gehäuftes Fernbleiben von Schule/Lehrstelle (ohne körperliche Erkrankung)
35. Sprachstörungen
36. motorische Verlangsamung
37. motorische Unruhe
38. motorische Ungeschicklichkeit
39. Fortlaufen
40. Diebstahl
41. .....
(sonstige Störungen)

Tab. III : Kriteriumsstichprobe

Daten aus dem "Problemfragebogen für Jugendliche" (Rohwerte)

	Skala								
Proband	1	2	3	4	5	6	7	8	Total
001	20	35	11	25	4	17	14	23	149
003	81	93	96	103	38	29	47	52	539
006	69	55	88	84	77	37	43	65	518
007	12	16	46	30	17	24	15	17	177
008	42	116	52	89	69	50	35	65	518
009	46	40	55	40	53	12	30	44	320
010	20	26	30	11	33	3	10	22	155
011	31	54	33	34	8	8	4	19	191
012	46	93	60	52	90	24	40	61	466
013	74	94	105	100	69	75	53	88	658
015	55	80	64	44	47	42	32	50	412
016	51	86	62	61	64	44	27	35	430
018	35	69	77	67	70	27	53	92	490
020	58	45	61	53	36	21	38	30	342
021	32	89	53	29	69	15	13	39	339
024	43	58	51	42	58	4	13	45	314
025	45	58	62	53	43	15	26	51	353
029	58	49	55	60	72	32	30	67	423
031	40	80	40	35	22	30	15	22	284
032	46	89	37	56	28	26	16	57	355
033	18	38	69	91	61	36	9	30	352
034	61	87	72	43	90	10	36	66	465
035	58	89	83	52	115	13	18	53	483
036	56	55	72	56	20	23	35	26	343
037	47	57	56	34	34	9	21	42	300
038	29	40	47	46	70	11	36	48	327
039	35	36	74	18	93	7	43	75	381
040	70	33	90	72	76	18	37	42	438
041	39	53	66	61	65	24	35	29	372
042	57	64	78	76	73	34	29	51	462
046	64	38	57	65	61	28	13	27	353
048	22	38	19	22	8	4	4	3	120
050	55	59	74	59	55	4	10	35	351

Tab. IV : Kriteriumsstichprobe

Intraindividuell gewichtete Rohwerte im "Problemfragebogen für Jugendliche"

	Skala							
Proband	1	2	3	4	5	6	7	8
001	33,6	55,9	17,2	36,5	6,2	36,8	36,1	44,1
003	37,6	41,1	41,4	41,5	16,4	17,4	33,5	27,6
006	33,3	25,3	39,5	35,3	32,3	23,0	31,9	35,8
007	16,9	21,5	60,4	36,8	22,3	43,7	32,6	27,4
008	20,3	53,3	23,3	37,4	31,0	31,1	26,0	35,9
009	35,9	30,0	24,7	27,2	38,5	12,1	36,1	39,3
010	32,3	39,9	45,0	15,4	49,5	6,2	24,8	40,6
011	40,6	67,3	40,2	38,7	9,7	13,5	8,0	28,4
012	24,7	47,5	29,9	24,3	44,9	16,6	33,0	37,4
013	28,1	34,0	37,1	33,0	24,4	36,8	31,0	38,2
015	33,4	46,2	36,1	23,2	26,5	32,9	29,9	34,7
016	29,7	47,6	33,5	30,8	34,6	33,0	24,2	23,3
018	17,9	33,5	36,5	29,7	33,2	17,8	41,6	53,6
020	42,4	31,3	41,5	33,7	24,5	19,8	42,7	25,1
021	23,6	62,5	36,4	18,6	47,3	14,3	14,7	32,9
024	34,2	44,0	37,8	29,1	43,0	4,1	15,9	40,9
025	31,9	39,1	40,8	32,6	28,3	13,7	28,3	41,3
029	34,3	27,6	30,2	30,8	39,6	24,4	27,3	45,3
031	35,2	67,1	32,8	26,8	18,0	34,1	20,3	22,1
032	32,4	59,7	24,2	34,3	18,3	23,6	17,3	45,9
033	12,8	25,7	45,6	56,2	40,3	33,0	9,8	24,3
034	32,8	44,5	36,0	20,1	45,0	6,9	19,8	40,6
035	30,0	43,9	40,0	23,4	55,4	8,7	14,3	31,3
036	40,8	38,2	48,8	35,5	13,6	21,6	39,2	21,7
037	39,2	45,2	43,4	24,6	26,4	9,7	26,9	40,0
038	22,2	29,1	33,4	30,6	49,8	10,8	42,3	41,9
039	23,0	22,5	45,2	10,3	56,8	5,9	43,4	56,2
040	40,0	18,0	47,8	35,7	40,3	13,3	32,5	27,4
041	26,2	33,9	41,3	35,6	40,6	20,8	36,2	22,3
042	30,8	33,0	39,3	35,8	36,7	23,7	24,1	31,5
046	45,3	25,6	37,6	40,0	40,2	25,6	14,2	21,8
048	45,8	75,4	36,8	39,9	15,5	10,7	12,8	7,1
050	36,1	36,9	45,2	33,7	33,6	3,4	10,1	26,2

Tab. V : Kriteriumsstichprobe

FPI - T - Werte

	FPI - Skala											
Proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
001	33	49	36	44	70	59	54	39	49	63	41	58
002	42	55	65	54	54	40	38	55	51	56	57	44
003	49	46	53	44	38	20	38	45	55	42	44	30
004	63	67	76	57	21	32	56	69	59	40	74	36
005	63	49	63	42	49	45	49	63	35	42	57	36
006	65	73	63	59	36	28	60	63	59	42	62	33
007	50	39	58	42	34	32	24	69	51	27	59	42
008	64	70	82	71	60	24	65	59	59	65	74	33
009	56	56	66	49	56	48	34	55	46	56	62	40
010	53	62	59	49	53	47	58	53	59	56	61	53
011	53	43	50	42	51	59	47	59	59	54	47	46
012	63	55	66	54	70	42	56	55	55	65	62	42
013	57	62	72	64	38	32	63	74	71	46	74	48
014	69	58	68	57	26	20	41	79	71	31	70	22
015	52	64	53	54	65	52	49	45	55	67	49	46
016	57	61	58	61	54	48	70	47	51	60	55	53
017	37	49	45	40	49	45	41	44	49	52	43	51
018	63	58	65	71	52	50	58	47	59	52	61	48
019	59	70	82	71	60	40	60	55	59	67	74	48
020	52	56	72	64	29	42	60	69	51	35	70	38
021	45	55	57	59	65	50	47	32	51	65	55	60
022	67	51	70	37	21	28	38	66	49	27	61	38
023	72	64	72	68	58	28	67	53	64	56	74	42
024	48	49	61	32	43	37	38	55	43	42	51	38
025	65	62	63	71	60	24	63	66	59	56	61	42
026	54	56	66	46	54	52	44	47	55	65	52	48
027	57	59	72	61	53	48	63	63	71	60	67	42
028	65	64	68	52	53	47	54	61	50	75	65	40
029	50	51	63	47	62	40	44	63	64	56	55	46
030	33	58	42	42	56	45	49	45	51	56	39	60

(Forts. Tab. V)

	FPI-Skala											
Proband	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
031	52	64	63	49	49	40	47	69	59	48	55	40
032	45	58	51	44	60	54	49	59	51	63	46	53
033	47	53	72	37	29	47	41	63	49	38	59	44
034	48	53	68	71	52	42	63	57	55	58	79	50
035	70	49	70	44	49	32	38	61	46	44	65	22
036	58	61	63	59	38	37	54	69	64	46	61	36
037	63	61	58	57	47	28	41	79	71	52	65	33
038	74	62	68	51	43	34	47	53	55	50	70	42
039	65	65	72	71	56	37	47	47	55	63	74	36
040	59	61	72	49	36	24	41	69	51	40	67	38
041	53	55	70	49	45	24	44	59	46	44	65	30
042	42	51	66	52	70	67	44	55	51	65	62	53
043	66	51	58	68	78	40	58	61	55	65	57	46
044	70	56	76	64	32	28	41	73	53	35	74	30
045	67	59	68	57	32	28	44	61	46	40	67	26
046	64	51	82	71	32	24	58	79	55	31	74	36
047	53	68	65	71	53	40	63	47	59	63	57	51
048	29	46	38	37	56	45	41	32	43	54	37	53
049	47	55	65	61	36	37	60	59	59	44	62	44
050	48	49	65	42	26	37	41	63	49	35	55	46

Tab. VI : Klinische Kontrollgruppe

Alter,Geschlecht und FPI-T-Werte

			FPI-Skala											
Pb-Nr.	Alter	m/w	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
051	16;4	w	52	58	53	64	67	47	52	66	51	67	57	46
052	16;6	w	63	61	66	47	34	45	49	69	64	46	65	44
053	15;5	w	61	51	59	49	53	45	47	61	64	48	61	36
054	15;4	w	44	68	61	64	52	50	63	63	55	54	59	48
055	16;4	w	66	67	66	68	65	37	52	57	64	70	74	33
056	14;11	w	40	49	54	55	38	37	44	57	46	42	57	48
057	16;6	w	66	46	58	46	32	45	44	61	43	35	52	30
058	15;9	w	53	56	63	54	52	50	38	55	43	58	61	46
059	17;6	w	57	61	70	71	47	32	44	61	59	50	74	42
060	15;10	w	44	49	48	59	65	40	38	51	49	58	52	51
061	17;8	w	40	51	55	47	58	45	38	51	59	52	53	53
062	17;6	w	44	65	49	47	52	50	54	51	64	48	52	55
063	16;0	w	50	59	50	46	38	47	58	42	51	42	47	53
064	16;1	w	47	61	51	51	65	66	67	42	49	65	47	65
065	16;7	w	56	39	54	37	43	47	38	57	43	44	52	36
066	15;0	w	67	65	72	61	56	32	63	63	59	63	67	40
067	17;0	w	64	51	59	52	36	34	30	61	59	40	57	33
068	19;5	w	77	53	72	52	45	28	52	74	49	48	70	22
069	16;11	w	54	70	76	68	34	24	52	63	71	42	74	40
070	15;10	w	56	64	65	64	78	45	44	55	64	67	55	48
071	15;2	w	58	53	54	47	34	37	38	66	49	35	52	38
072	15;1	w	57	46	53	49	70	45	41	53	40	65	47	48
073	17;4	w	54	43	55	51	36	42	34	61	46	27	55	40
074	16;1	w	47	49	44	46	73	52	44	39	51	63	41	55
075	14;11	w	50	55	45	68	62	42	52	69	46	60	52	48
076	15;5	w	37	49	53	47	45	45	49	55	59	42	46	58
077	17;8	w	64	55	66	52	29	34	41	79	51	27	65	30
078	15;10	w	65	61	65	54	40	45	56	69	59	52	53	26
079	17;1	w	59	46	66	46	29	34	52	69	46	27	70	40
080	15;7	w	67	62	82	64	45	32	54	61	71	54	79	38

(Forts. Tab. VI)

			FPI-Skala											
Pb-Nr.	Alter	m/w	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
081	15;9	w	54	55	54	71	53	32	44	42	64	48	55	50
082	16;11	w	66	43	61	49	52	37	34	59	49	50	59	26
083	17;4	w	57	56	54	44	49	57	54	47	49	50	49	44
084	17;10	w	54	55	70	52	38	37	56	59	64	48	67	48
085	16;8	w	64	55	68	52	58	40	49	59	71	52	62	40
086	15;6	w	58	61	65	71	54	40	54	66	55	56	62	38
087	19;7	w	69	64	68	52	53	32	47	53	59	56	74	36
088	18;0	w	52	61	63	64	34	32	52	55	59	42	62	42
089	21;2	w	61	59	68	57	70	37	56	55	64	65	67	36
090	15;5	w	49	56	65	42	38	40	34	63	51	40	57	42
091	16;4	w	47	61	51	52	47	40	49	49	46	54	52	58
092	15;9	w	57	46	55	47	21	45	41	63	55	27	51	44
093	15;4	w	33	58	50	51	36	28	63	47	40	38	52	50
094	17;5	m	47	46	61	44	36	40	41	59	46	40	55	50
095	17;1	m	45	56	61	51	40	34	49	59	49	42	55	44
096	16;0	m	52	61	65	52	34	34	52	69	55	40	62	42
097	16;2	m	50	49	54	52	56	48	41	49	55	56	53	50
098	15;0	m	52	51	63	64	49	42	52	66	64	52	59	38
099	15;11	m	50	53	59	54	65	42	30	51	59	63	59	44
100	17;3	m	62	62	61	57	51	66	56	49	46	58	62	53

Tab. VII : Normalkontrollgruppe

Alter,Geschlecht,Schulstatus und FPI-T-Werte

				FPI-Skala											
Pb-Nr.	Alter	m/w	Schule/ Klasse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
101	16	w	Gy/9	57	59	54	57	70	42	49	47	64	70	55	44
102	15	w	Gy/9	59	58	51	54	67	50	30	44	64	63	51	55
103	15	w	Gy/9	53	65	53	61	67	42	52	47	64	70	59	48
104	15	w	Gy/9	48	46	59	52	60	47	41	57	55	56	65	48
105	15	w	Gy/9	56	56	66	47	47	37	54	61	59	42	61	50
106	16	w	Gy/9	59	53	55	51	78	50	54	42	51	75	49	46
107	15	w	Gy/9	56	62	72	61	43	37	44	63	71	48	67	42
108	15	w	Gy/9	39	49	28	23	62	59	30	32	46	52	31	67
109	14	w	Gy/9	49	51	53	47	45	42	49	61	55	44	46	44
110	14	w	Gy/9	45	46	53	52	47	34	49	63	49	44	52	48
111	15	w	Gy/9	39	58	44	44	53	45	41	53	64	50	46	51
112	15	w	Gy/9	50	56	54	37	51	42	47	47	46	52	49	46
113	15	w	Re/9	47	49	48	37	49	59	54	45	59	46	43	60
114	15	w	Re/9	57	53	47	42	60	50	52	45	59	58	47	53
115	15	w	Re/9	57	62	68	61	43	54	52	59	59	50	65	46
116	15	w	Re/9	42	58	53	55	53	37	52	53	64	54	57	50
117	15	w	Re/9	40	43	40	44	73	57	47	47	55	63	41	62
118	16	w	Re/10	47	59	50	51	53	42	52	59	59	52	52	46
119	16	w	Re/10	57	59	57	55	62	50	41	66	64	60	61	46
120	16	w	Re/10	47	58	47	51	70	48	56	36	59	67	49	62
121	16	w	Re/10	45	46	42	34	58	45	30	53	55	52	37	51
122	16	w	Re/10	48	61	45	49	53	42	54	57	55	52	52	55
123	16	w	Re/10	48	68	61	52	56	45	56	53	64	56	59	44
124	17	w	Re/10	49	58	57	68	52	48	49	63	51	50	61	42
125	15	w	Re/10	52	64	66	55	52	48	60	66	71	56	65	48
126	15	w	Ha/9	39	39	47	30	58	45	30	47	24	44	39	53
127	15	w	Ha/9	57	55	57	49	45	52	58	55	55	46	53	46
128	16	w	Ha/9	54	61	58	61	47	37	67	69	55	54	57	46
129	16	w	Ha/9	61	67	59	59	73	57	67	55	55	82	61	58
130	16	w	Ha/9	64	65	58	59	56	59	54	59	51	60	57	48

(Forts.Tab.VII)

				FPI-Skala											
Pb-Nr.	Alter	m/w	Schule/ Klasse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	E	N	M
131	16	w	Ha/9	59	59	55	59	52	54	58	57	43	52	53	50
132	15	w	Ha/9	45	46	40	42	60	66	44	42	43	58	37	58
133	15	w	Ha/9	53	61	63	55	62	67	63	51	59	56	59	58
134	15	w	Ha/9	48	55	50	37	52	50	49	74	64	52	47	53
135	15	w	Ha/9	39	53	44	40	60	48	49	45	49	56	39	53
136	15	w	Ha/9	47	53	51	46	56	59	52	44	51	58	47	55
137	15	w	Ha/9	52	46	48	42	62	40	44	61	46	48	46	46
138	16	w	Ha/9	40	43	45	44	62	57	41	55	40	60	47	58
139	16	w	Ha/9	44	55	47	46	53	47	44	39	49	52	43	65
140	15	w	Ha/9	54	67	66	61	51	42	54	61	64	52	70	48
141	14	w	Ha/9	33	43	36	30	65	50	47	47	43	56	37	60
142	15	w	Ha/9	49	53	58	47	47	48	44	57	59	52	62	50
143	17	w	Ha/9	47	55	53	46	58	50	56	53	51	56	52	55
144	16	m	Gy/9	45	65	54	44	49	47	56	51	55	50	52	50
145	15	m	Ha/9	42	55	42	46	43	45	49	42	43	44	37	58
146	15	m	Ha/9	54	56	61	71	53	50	54	47	64	54	70	51
147	15	m	Ha/9	37	46	38	42	58	42	47	42	38	52	37	58
148	15	m	Re/9	42	51	50	44	52	48	47	44	59	52	41	60
149	18	m	Re/10	37	55	47	47	53	50	52	32	49	54	43	62
150	16	m	Re/10	37	51	38	40	58	59	49	44	40	50	34	53

Danksagung

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr.phil.W.PIEL, Lehrstuhl für Sonderpädagogische Psychologie der Universität Dortmund, danke ich für die Überlassung des Themas und die hilfreiche Betreuung der Arbeit.

Herrn Professor Dr.med.H.W.LÖWNAU, bis Dezember 1980 Direktor der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie im Klinikum der Universität Kiel, sowie Herrn Professor Dr.med.G.SCHÜTZE, seit Januar 1981 Abteilungsdirektor der Kinder- und Jugendpsychiatrie, danke ich für die Überlassung des Datenmaterials.
Herrn Professor Dr.rer.nat.K.HAUSS gebührt Dank für die Bereitschaft zur Übernahme des Korreferates der Arbeit.

Als Diagnostiker unterstützten mich die Herren Kollegen Dipl.-Psych. G.SCHMITZ und Dr.med.K.SCHWERDA. Herrn Dipl.Paed. B.TISCHLER gilt mein Dank für sein nicht nachlassendes Bemühen um "Normalkontroll-Probanden"; für die Erhebung der Stichprobendaten von Realschülern danke ich Herrn M.JASTER, Realschullehrer in Hohenwestedt.
Nicht zuletzt habe ich mich für die Aufbereitung des Clusteranalyse-Rechenprogramms und die Durchführung der taxonomischen Prozedur bei meinem Bruder Klaus sowie Herrn Nieder, Mitarbeiter der Firma HONEYWELL-BULL in Düsseldorf zu bedanken.

Lebenslauf

Am 12.1.1948 wurde ich als 4. Kind des Kaufmanns Walter HOBROCKER und seiner Frau Eleonore, geb. Radloff, in Düsseldorf geboren. Dort verbrachte ich meine Kindheit, besuchte ab 1954 die Volksschule, wechselte 1958 auf ein naturwissenschaftliches Gymnasium und absolvierte im Jahre 1966 die Abiturprüfung. Im Anschluß daran leistete ich bis zum April 1968 den Grundwehrdienst ab.

1972 heiratete ich meine Frau Barbara, geb. Organista. 1975 und 1976 wurden unsere Söhne Nils und Henning geboren.

Im Sommersemester 1968 immatrikulierte ich mich zum Psychologie-Studium an der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Nach bestandener Diplom-Vorprüfung beschäftigte ich mich insbesondere mit klinisch-psychologischen Fragestellungen und war an mehreren Forschungsprojekten im Bereich der Kinderpsychotherapie beteiligt. Nach Erwerb des Diploms im Herbst 1974 begann ich als Verwalter einer Assistentenstelle bei der DFG meine berufliche Laufbahn, wo ich an der Erarbeitung des differentiellen Therapiekonzeptes für Kinder beteiligt war (Projektleiter: Stefan SCHMIDTCHEN).

Zum April 1975 erhielt ich die Chance, meine im Forschungsbereich erworbenen Kenntnisse als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Kiel zur Anwendung zu bringen. Hier nun verlagerte sich mein wissenschaftliches Interesse mehr auf die Behandlung und Diagnostik psychisch beeinträchtigter Jugendlicher.

1978 immatrikulierte ich mich an der damaligen PH Ruhr in Dortmund zum Zwecke eines Promotionsstudiums.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Dozenten BENKMANN, D.DÖRNER, JÖRGENS, LÖWNAU, LÖER, MICHAELIS, MINSEL, PIEL, RUDOLPH, SCHERER, SCHMIDTCHEN, STEINHAGEN, TRAXEL, VÖLKEL und WEGENER.